

bliche, ma anche problematicità nel trovare in esse risposte coerenti con i reali bisogni espressi, determina un'espulsione della persona dal circuito delle opportunità sociali, intaccando progressivamente, con il tempo, quel capitale di salute di cui era portatrice.

Bibliografia essenziale

Caritas/Migrantes. Dossier statistico Immigrazione 2011. 21° Rapporto, Edizioni IDOS, 2011

INMP. Salute e Migrazione. Strumenti e risorse nella società multiculturale. 2011

Istat. Demografia in cifre. <http://demo.istat.it/altri-dati/indicatori/2010>. Ultima consultazione: settembre 2012

Istat. La popolazione straniera residente in Italia, Comunicato del 22 settembre 2011. www.istat.it. Ultima consultazione: settembre 2012

Ministero della salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – Anno 2009. 2011

1.14. Le iniziative di comunicazione sull'uso dei farmaci

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha realizzato nel 2011 diverse iniziative di comunicazione istituzionale.

La Campagna AIFA sul corretto uso degli antibiotici "Antibiotici, difendi la tua difesa. Usali con cautela", in collaborazione con l'ISS e con il patrocinio del Ministero della salute, è stata presente *on air* attraverso strumenti di comunicazione integrata quali le affissioni e gli spot sulle reti pubbliche. La Campagna si inserisce in un percorso comunicativo intrapreso nel 2008, in linea con quanto attuato da altre Istituzioni internazionali come l'OMS e l'ECDC, allo scopo di sensibilizzare la popolazione generale sull'importanza di un uso corretto e responsabile degli antibiotici quale fondamentale strategia di contrasto dell'antibioticoresistenza, problema di particolare rilievo per la tutela della salute dei cittadini, poiché espone al rischio di non poter disporre più, in un futuro ormai prossimo, di alcuna possibilità di cura delle infezioni. Per il 2011, al fine di rendere sempre disponibile a cittadini e operatori di settore il panorama delle attività poste in essere dall'Agenzia a tutela della salute dei cittadini, l'attività di comunicazione e informazione indipendente si è esplicata anche attraverso la partecipazione a manifestazioni internazionali dedicate al mondo regolatorio.

Nello specifico, l'Agenzia ha partecipa-

to all'*Annual Symposium* organizzato da TOPRA (*The Organization for Professionals in Regulatory Affairs*) e per il terzo anno consecutivo al 47° Congresso annuale organizzato dalla *Drug Information Association* (DIA) a Chicago (USA).

Nell'ambito della comunicazione via web, il sito, nel 2011, è stato potenziato in molte sezioni, assicurando nuovi servizi e nuove funzionalità.

I dati di accesso riferiti al 2011 dimostrano come l'AIFA sia sempre più considerata come un interlocutore autorevole da parte degli *stakeholders* e come fonte di informazioni puntuali e trasparenti da parte dei cittadini. Va sottolineato poi come il confronto delle serie storiche dei dati evidenzia che il Portale AIFA ha accresciuto notevolmente i contatti dei visitatori unici, rafforzando la visibilità nei canali "Operatore Sanitario" e "Azienda" e conseguendo ottimi risultati con il dato del canale "Cittadino", successo possibile grazie ai numerosi servizi resi disponibili dall'Agenzia.

Infine, sempre nel 2011, l'AIFA ha ideato e pubblicato volumi dedicati al tema della contraffazione dei farmaci, al fine di fornire un approfondimento dei diversi aspetti del fenomeno, favorendo la diffusione di un'informazione certificata su un tema spesso oggetto di distorsioni.

2

Il nuovo ruolo delle farmacie

Il D.Lgs. 153/2009, adottato ai sensi della legge 69/2009, e i successivi decreti del Ministero della salute 16 dicembre 2010 hanno assegnato nuove funzioni assistenziali alle farmacie convenzionate, ritagliando per queste un importante ruolo nell'assistenza territoriale, favorendo con la loro specificità l'accessibilità complessiva dei possibili punti di riferimento sanitari e il processo di personalizzazione delle cure.

Le farmacie possono, in particolare, nei limiti e nelle modalità previste dalle norme:

- partecipare al servizio di assistenza domiciliare integrata a supporto e su richiesta del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS) attraverso la dispensazione e la consegna al domicilio di farmaci e dispositivi medici, la preparazione e la dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, la dispensazione dei farmaci a distribuzione diretta, la messa a disposizione di operatori sociosanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per l'effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali;
- collaborare alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza;
- erogare servizi di primo livello, per la realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale;
- erogare 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 o dei PLS, anche avvalendosi di personale infermieristico, prevedendo anche l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;

- effettuare, sempre su richiesta medica, prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo;
- effettuare attività attraverso le quali gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa, nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica.

La normativa demanda alle Regioni il compito di regolamentare lo svolgimento delle attività mediante l'emanazione di Linee guida e di provvedimenti che stabiliscano anche i requisiti di qualità.

Le forme di assistenza appena descritte hanno l'essenziale caratteristica di rispondere, in particolare, alle esigenze delle fasce di popolazione debole e non autosufficiente, con necessità di un attento monitoraggio delle patologie croniche, o bisognose di specifiche prestazioni continuative, dirette a evitare il peggioramento di uno stato di salute già in parte compromesso. L'ausilio che l'infermiere può apportare nell'esecuzione di test diagnostici, per esempio la glicemia, in un ambiente protetto come la farmacia non può che essere un fattore dirimente per la diminuzione di eventuali errori nell'esecuzione e nella lettura del test da parte di soggetti molto anziani o fragili. Inoltre, l'infermiere può rafforzare, in tale occasione, l'*empowerment* del paziente alla corretta effettuazione e lettura del test al proprio domicilio.

Parimenti, si può affermare che l'attività fisioterapica erogabile presso la farmacia oppure a domicilio è rivolta principalmente a pazienti appartenenti a fasce socialmente deboli con patologie croniche, anziani, o disabili stabilizzati residenti presso le loro abitazioni, i quali hanno necessità di prevenire, tramite interventi appropriati, i possibili peggioramenti. La loro condizione di fragilità, infatti, per un verso è di per sé causa di possibili complicanze e, dall'altro, le possibili complicanze potrebbero generare ulteriori stati patologici con necessità di interventi di maggiore intensità assistenziale e di incerto risultato.

L'aspetto più innovativo della riforma normativa consiste nell'aver promosso, attraverso il coinvolgimento delle farmacie, l'incremento dell'accessibilità complessiva delle prestazioni sanitarie attualmente erogate dal Servizio sanitario nazionale (SSN), di cui le persone in situazioni di fragilità potranno particolarmente giovare.

Al fine di garantire la qualità dei servizi erogati dalla "nuova" farmacia, è stato costituito presso il Ministero della salute un gruppo di lavoro che produrrà un Manuale

con linee di indirizzo per la sicurezza delle cure per il cittadino secondo un approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

Bibliografia essenziale

Decreto Ministro della salute 16 dicembre 2010. Disciplina dei limiti e 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 D.Lgs. n. 153 del 2009

Decreto Ministro della salute 16 dicembre 2010. Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali

D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153. Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69

Legge 18 giugno 2009, n. 69. Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile

Ministero della salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano. Quaderni del Ministero della salute, n. 6, novembre-dicembre 2010

Ministero della salute. La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. Quaderni del Ministero della salute, n. 8, marzo-aprile 2011

Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012

3

Le reti distrettuali territoriali

3.1. Assistenza primaria

La Programmazione Nazionale, in questo ultimo decennio, è stata orientata a fornire una risposta rispetto a un contesto demografico, epidemiologico e organizzativo nel quale sono andati sempre più evidenziandosi alcuni particolari fattori quali il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento della rilevanza di patologie croniche, la non autosufficienza e disabilità, l'incremento della popolazione immigrata, nonché le nuove condizioni socioeconomiche. Ciò ha orientato le scelte di politica sanitaria alla riorganizzazione delle attività assistenziali territoriali attraverso l'individuazione di modelli organizzativi basati sull'integrazione professionale e la partecipazione di pazienti e famiglie che ha visto, da un lato, il cambiamento del ruolo dell'ospedale, divenuto sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute e, dall'altro, il potenziamento del sistema delle cure primarie, che rappresenta l'interfaccia tra la popolazione e il Servizio sanitario nazionale (SSN).

La necessità di spostare il baricentro del sistema sanitario dall'ospedale al territorio rappresenta una priorità per poter rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni di salute, legati prevalentemente alla transizione epidemiologica, che comporta, da un lato, una migliore aspettativa di vita e, dall'altro, una costante crescita delle patologie croniche, della fragilità e della non autosufficienza soprattutto nelle fasce di età più avanzata. Ciò comporta, altresì, l'esigenza di una risposta di sistema che attraverso la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali sposti l'attenzione dalla patologia alla per-

sona con i suoi bisogni complessivi di salute, nella consapevolezza che “soltanto un modello *person-focused* può portare un reale vantaggio nella qualità della cura delle malattie croniche nelle persone svantaggiate”. A tal fine le indicazioni programmatiche nazionali [Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008 e proposta di PSN 2011-2013] rivolgono particolare attenzione alla riorganizzazione delle cure primarie, quale strategia che, attraverso l'integrazione delle figure professionali che operano nel territorio, consente di migliorare l'assistenza sociosanitaria e la rete della non autosufficienza garantendo al contempo la sostenibilità del sistema. Ciò consente, inoltre, di perseguire obiettivi sia di prevenzione (riduzione incidenza delle malattie) sia di gestione delle patologie croniche (riduzione delle complicanze e della progressione della malattia verso la disabilità). In tal senso le indicazioni programmatiche, infine, rilevano l'importanza di un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, attraverso il coinvolgimento diretto e la responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema nella realizzazione dei percorsi di cura con un più accentuato orientamento verso la cosiddetta “medicina di iniziativa” per la promozione attiva della salute.

In quest'ambito le Regioni stanno operando con leve di *governance* complessiva, tramite una ridefinizione degli assetti organizzativi dei Distretti, prevedendone una dimensione territoriale ampia (con bacino di utenza medio superiore ai 60.000 abitanti previsti dall'art. 3-quater del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni), pur

con notevoli differenziazioni in ambito locale, una dimensione ritenuta idonea alla definizione di una rete di servizi sociosanitari con gestione di una serie di percorsi sociosanitari sul territorio a forte integrazione con gli ambiti sociali. Va rilevato che pressoché tutte le Regioni prevedono una coincidenza, parziale o totale, degli ambiti territoriali dei Distretti con quelli delle zone sociali, individuata dalla legge nazionale (art. 8 della legge 328/2000) come una modalità che può facilitare la programmazione integrata sanitaria e socioassistenziale dei servizi territoriali, in particolare per i soggetti con patologie croniche e non autosufficienti.

Rispetto alle funzioni distrettuali, si può evidenziare un maggiore orientamento verso un Distretto che assuma un ruolo di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini. In forma più semplificata, si mira a rafforzare il ruolo di committenza (quali risposte per quali bisogni), mentre il ruolo di produzione viene talora attribuito ad altri soggetti della stessa Azienda sanitaria (come i Dipartimenti di cure primarie). In altri modelli la produzione è affidata a una pluralità di soggetti esterni pubblici o privati accreditati.

Rispetto alle leve gestionali e operative, le Regioni si stanno orientando verso l'individuazione di:

- forme organizzative della medicina generale, previste dagli Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Generale (ACN 29 luglio 2009 e ACN 8 luglio 2010), quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali che realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale (MMG) e le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), che attraverso il coinvolgimento di varie figure professionali realizzano nel territorio la continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
- processi d'integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione sociosanitaria) sia a livello informatico/informativo (ACN 29 luglio 2009 e ACN 8 luglio 2010).

Per promuovere l'implementazione delle cure primarie le istituzioni hanno manifestato il proprio impegno anche attraverso l'individuazione di fondi dedicati alla presentazione di specifici progetti regionali in attuazione agli indirizzi programmatori del PSN. Per l'anno 2011, in particolare, con l'Accordo Stato-Regioni 20 aprile 2011 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. Con il successivo Accordo del 27 luglio 2011, a integrazione del precedente, sono state individuate linee di indirizzo in materia di "continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e Continuità Assistenziale".

Stato di attuazione nei contesti regionali.

Sotto l'impulso della normativa nazionale le azioni programmatiche regionali si sono orientate verso la riqualificazione del sistema delle cure primarie mediante l'adozione di modelli organizzativi che fossero, nel rispetto dei relativi contesti, in grado di fornire risposte assistenziali integrate con il sistema ospedaliero e dell'emergenza-urgenza al fine di "ampliare l'orizzonte dell'assistenza sanitaria".

Tra i principali modelli adottati dalle Regioni figurano la Casa della Salute e le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP). Il primo modello, inteso come struttura polivalente in grado di erogare, in uno stesso spazio fisico, l'insieme delle prestazioni sociosanitarie favorendo così, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, è stato realizzato soprattutto nella Regione Toscana, mentre il secondo (UTAP), quale struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare e interprofessionale, è presente da tempo e in discreto numero soprattutto nella Regione Veneto.

I Nuclei di Cure Primarie (NCP), modelli organizzativi di base delle cure primarie che operano in aree territoriali con caratteristiche geomorfologiche omogenee, sono abba-

stanza rappresentati soprattutto in Emilia Romagna.

Meno rappresentato risulta invece l'Ospedale di Comunità (OC) che, inteso come struttura sanitaria distrettuale in grado di seguire in regime residenziale e semiresidenziale una quota di popolazione che in passato afferiva alla tradizionale degenza ospedaliera, è stato adottato soprattutto nelle Regioni Veneto, Abruzzo e Liguria.

Un'ampia diffusione si sta invece verificando, in quasi tutte le Regioni, per i Modelli H24, poiché considerati strumenti utili per dare un impulso immediato al processo di riorganizzazione della medicina del territorio, soprattutto in quelle realtà locali dove si rileva un ricorso improprio alle strutture di emergenza.

Anche le forme di aggregazione funzionale territoriale della medicina generale quali le UCCP finalizzate sia a garantire la continuità dell'assistenza che a potenziare percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti (medicina di iniziativa) hanno visto un'ampia diffusione soprattutto nelle Regioni del Centro-Nord. In tale macroarea sono state altresì dedicate risorse all'implementazione di modelli erogativi delle cure primarie come il "*Chronic Care Model*". Ampio spazio è stato altresì dato a modelli in grado di garantire la continuità assistenziale H24 anche nell'età pediatrica (Regione Calabria).

Esposizione e valutazione dei dati. Sebbene i dati relativi allo stato di attuazione dei modelli organizzativi individuati dalle singole Regioni siano ancora parziali, nel 2011 sono stati elaborati, conformemente agli indirizzi concordati con gli Accordi Stato-Regioni del 20 aprile 2011 e 27 luglio 2011 in materia di cure primarie, circa 39 progetti con un impegno complessivo di circa 346 milioni di euro.

In particolare, dagli atti programmatori inviati dalle singole Regioni risultano attivati e/o in fase di attuazione:

- 20 Case della Salute ripartite tra Toscana (16), Molise (1), Marche (1), Umbria (2);
- 220 NCP, dei quali 215 realizzati in Emilia Romagna;

- 45 UTAP, delle quali 35 nella Regione Veneto.

Nell'ambito del processo di riqualificazione e miglioramento della rete assistenziale territoriale e ospedaliera, a cui sono impegnate le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, sono stati individuati anche alcuni modelli organizzativi finalizzati alla rimodulazione dell'offerta assistenziale dei piccoli ospedali. Tra questi figurano i Centri di Assistenza Primaria (CAP) della Regione Piemonte, i Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT) della Regione Calabria, i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) dell'Abruzzo e della Sicilia, nonché i Centri Clinico-Assistenziali Distrettuali (CeCAD) della Regione Lazio.

Inoltre, nel 2011 diverse Regioni hanno avviato o proseguito l'implementazione di modelli innovativi per la gestione proattiva delle principali patologie croniche sul territorio [es. diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ecc.] che coinvolgono, con distinti ruoli e modalità di intervento, sia l'area distrettuale con i diversi professionisti dell'assistenza primaria, sia i centri specialistici e l'area ospedaliera. Tali modelli si presentano come elementi di riferimento, consentendo alle Aziende sanitarie di diversificare le modalità attuative dei Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Nel 2011 è stata anche formulata una prima proposta legislativa di riordino delle cure primarie, di modifica dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 502/1992, nell'ambito di un Tavolo di lavoro tra Ministero della salute e Regioni che ha coinvolto le principali organizzazioni sindacali di categoria. Sono in discussione alcuni aspetti fondamentali, che mirano a garantire ai cittadini maggiore accessibilità e continuità assistenziale nell'intero arco della giornata (assistenza H24) con il coinvolgimento e l'integrazione dei diversi professionisti, la presa in carico dei pazienti in modo globale e completo, le modalità di partecipazione al governo clinico anche con valutazione delle attività e degli esiti di salute.

Rispetto ai servizi del territorio, si rileva una grande diversità nelle Regioni, sia rispetto

alle strutture residenziali e semiresidenziali, sia rispetto all'Assistenza domiciliare integrata (ADI). Il lavoro svolto all'interno del Programma "Mattoni del SSN" e i documenti della Commissione LEA (Livelli essenziali di assistenza) del 2006 e del 2007 sulla caratterizzazione delle prestazioni residenziali e domiciliari hanno consentito negli anni 2010-2011 l'avvio dei flussi informativi nazionali approvati con distinti decreti ministeriali del 17 dicembre 2008. Ciò consente una maggiore conoscenza dei livelli di attuazione dei LEA domiciliare e residenziale e, soprattutto, di garantire un processo di progressiva articolazione e strutturazione per rispondere in modo adeguato alla sempre maggiore complessità dei bisogni di salute, gestendo non solo le patologie croniche, ma anche le disabilità complesse e le patologie oncologiche e terminali.

Riferimenti normativi.

- Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29 luglio 2009: prevede che al fine di espletare i suoi compiti e funzioni il medico svolga la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di MMG (art. 26 bis) e opera all'interno di una specifica UCCP, quando attivata (art. 26 ter), che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.

- Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 8 luglio 2010: fornisce indicazioni per il processo di consolidamento delle strutture organizzative istituite con il precedente Accordo attraverso la definizione dei "referenti unici" deputati a svolgere nell'ambito delle UCCP il compito di raccordo con l'Azienda sanitaria oltre a quello di rappresentare la stessa UCCP. Prevede inoltre l'assunzione, tra i compiti del medico, dell'obbligo di trasmettere e rendere disponibile, tramite la rete informatica predisposta dalla Regione, i dati relativi al "*patient summary*", quale strumento di riepilogo informativo sintetico del profilo sanitario di ciascun assistito in carico.
- Accordo Stato-Regioni del 26 febbraio 2009 per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2008 afferenti alla linea delle cure primarie.
- 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 H24 riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e miglioramento della rete assistenziale".

Bibliografia essenziale

Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health* 2011; 10: 15

3.2. La continuità delle cure

I cambiamenti sociali, economici e culturali di questi ultimi trent'anni comportano la necessità di interventi di politica sanitaria che impongono al territorio di caratterizzarsi come soggetto attivo in grado di intercettare il bisogno sanitario e di farsi carico in modo coordinato, unitario e continuativo delle necessità sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali dei cittadini.

Continuità assistenziale. Uno dei principali obiettivi del SSN è garantire la continuità delle cure tra i diversi professionisti intra- ed

extraospedalieri (es. con lavoro in team, elaborazione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi ecc.) e tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nei rapporti tra ospedale e territorio, e la continuità del trattamento terapeutico quando necessario.

Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di

valutazione di appropriatezza delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali.

I pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure sono:

- pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di riospedalizzazione. Essi necessitano di competenze cliniche e infermieristiche, con l'affidamento a un *case manager*, in una struttura dedicata o a domicilio;
- pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali e rischio di ricoveri inappropriati ove non adeguatamente assistiti. Il percorso di cura richiede una forte integrazione fra team multidisciplinari di cure (medico, infermiere e assistente sociale), con luogo di cura il domicilio del paziente o una struttura protetta;
- pazienti cronici complessivamente in buone condizioni di salute che hanno come obiettivo il monitoraggio del loro stato di salute, risiedono al domicilio e hanno le caratteristiche necessarie per essere educati all'autocura e al *self-empowerment*.

Reti assistenziali. La continuità assistenziale intesa come la successione, senza interruzioni, di percorsi, prestazioni e processi assistenziali di tipo preventivo, curativo e riabilitativo diviene realizzabile attraverso l'implementazione della rete assistenziale, con la definizione dei nodi e delle inter-relazioni funzionali. Si tratta di un complesso sistema di integrazione/continuità che deve caratterizzarsi per la flessibilità consentita dal mix di servizi eterogenei tra di loro in rapporto al livello di integrazione tra componenti sanitarie e sociali delle competenze professionali coinvolte, per la facilità di accesso, per l'appropriatezza delle prestazioni erogate e per il gradimento dei pazienti. A tal fine, assume un ruolo strategico la costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale nelle quali il Distretto assume il ruolo di coordinamento e di promozione dell'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie. Al Distretto sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare le opportune sinergie fra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da

interlocutore degli Enti locali in sintonia con le politiche aziendali.

Reti di assistenza integrata ospedale-territorio. In un'ottica di assistenza integrata diventa sempre più improrogabile la necessità di operare scelte di riorganizzazione dei servizi sanitari che vedano lo spostamento del baricentro dall'ospedale al territorio. La programmazione sanitaria consapevole di ciò già da tempo è impegnata per un sempre maggiore sviluppo e integrazione delle cure primarie. Si tratta di dare un maggiore impulso, attraverso tutti gli strumenti a disposizione, alla riorganizzazione della medicina territoriale che passa certamente attraverso il maggiore coinvolgimento dei MMG. A tal fine, tra le iniziative di programmazione sanitaria sono state proposte le Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in H24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale". Ciò anche al fine di rispondere al fenomeno cui in questi ultimi anni abbiamo assistito, su tutto il territorio nazionale, del costante e progressivo incremento degli accessi presso le strutture dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti emergenza e accettazione (DEA) ospedalieri per patologie di media-bassa criticità clinica che spesso possono trovare un'adeguata e a volte migliore risposta, nell'ambito del sistema delle cure primarie. Tale fenomeno, che si rileva anche per i servizi cui il cittadino accede telefonicamente (numero 118), comporta la comparsa di situazioni di disagio sia per gli operatori sia per le persone in condizioni di reale emergenza. A supporto della corretta informazione sull'utilizzo dei servizi è stata avviata anche una campagna informativa nazionale, che ha visto la collaborazione tra Ministero della salute e Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS), con lo scopo di diffondere a livello nazionale la cultura dell'emergenza-urgenza, sensibilizzare e informare i cittadini sul corretto utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza, nonché illustrare le caratteristiche e le modalità d'accesso.

La programmazione nazionale ha ritenuto necessario fornire indicazioni utili in tal senso anche attraverso l'Accordo Stato-Regioni del 20 aprile 2011, che ha riconfermato l'indirizzo progettuale "assistenza H24: riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e miglioramento della rete assistenziale", previsto negli Accordi relativi agli Obiettivi di PSN - linea cure primarie - per gli anni 2009 e 2010 e il successivo Accordo integrativo del 27 luglio 2011 che ha previsto la predisposizione, da parte delle Regioni, di progetti "finalizzati a realizzare e/o potenziare lo sviluppo di modalità organizzative che consentano l'integrazione tra i Servizi di Emergenza-Urgenza (118) e di Continuità Assistenziale (CA - ex Guardia Medica), anche al fine di superare la frammentarietà degli interventi e assicurare risposte adeguate ai bisogni del cittadino sin dalla fase di accesso telefonico ai servizi sanitari nelle 24 ore per 7 giorni a settimana.

Nel 2011 le Regioni e le Province Autonome, nel rispetto delle indicazioni fornite e consapevoli che il ricorso improprio alle strutture di emergenza è tanto minore quanto più il cittadino si sente all'interno di una rete di assistenza primaria in grado di anticipare/intercettare i propri bisogni di salute, si sono impegnate nel programmare/realizzare interventi di razionalizzazione della rete dell'emergenza-urgenza integrandola con quella di assistenza territoriale. Ciò si è reso manifesto sia attraverso il potenziamento del sistema delle cure primarie sia attraverso l'individuazione di modelli organizzativi finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza nei Pronto Soccorso. Tra questi modelli figurano gli ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi e verdi), i Presidi ambulatoriali distrettuali, gestiti dai medici di Continuità Assistenziale, e i Presidi di Primo Intervento (PPI) da realizzare nelle aree territoriali disagiate per garantire una prima risposta all'emergenza-urgenza e a situazioni di minore gravità. Accanto a questi modelli, previsti dagli Accordi del 2009, 2010 e 2011 e realizzati nella maggior parte delle Regioni, ne figurano altri previsti dall'accordo 27 luglio 2011 quali l'integrazione con individuazione di area

dedicata alla CA nella Centrale Operativa (CO) 118 provinciale che prevede l'istituzione di un'area dedicata all'attività della CA nell'ambito delle CO 118 e l'integrazione funzionale con la CO 118, in presenza di centrale di ascolto di CA di coordinamento autonoma realizzato, in particolare in alcune aree metropolitane, laddove sono presenti centrali di ascolto autonome della CA con evidente carico di lavoro e che sono collocate in sedi diverse dalle CO 118.

Infine, risulta che un discreto numero di Regioni ha orientato il proprio impegno verso l'implementazione di sistemi informatici che consentano il collegamento e lo scambio di informazioni tra i vari soggetti coinvolti nell'attività H24 (Piemonte, Lombardia, Liguria, Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio e Campania).

Esposizione e valutazione dei dati. Sebbene i dati relativi allo stato di attuazione dei modelli organizzativi individuati dalle singole Regioni siano ancora parziali, nel 2011 le Regioni che hanno predisposto progetti conformemente agli indirizzi concordati con l'accordo 27 luglio 2011 in materia di modalità organizzative che consentano l'integrazione tra i Servizi di Emergenza-Urgenza (118) e di CA sono complessivamente sette: Lazio, Calabria, Emilia Romagna, Piemonte, Basilicata, Campania e Sicilia, ovvero circa la metà del numero complessivo delle Regioni che hanno predisposto progetti sulle cure primarie. L'impegno di spesa per la realizzazione dei citati modelli è incluso in quello complessivo delle cure primarie, che per il 2011 si aggira intorno ai 346 milioni di euro.

Al fine di verificare l'impatto dei progetti regionali sulla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, in attuazione degli obiettivi per l'anno 2009, il Ministero, in collaborazione con AgeNaS, ha avviato un'attività di monitoraggio dei progetti presentati dalle Regioni che hanno aderito all'obiettivo cure primarie, "Assistenza H24 - Riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e miglioramento della rete assistenziale". L'attività si pone l'obiettivo di:

- condividere con le Regioni una metodologia di analisi e monitoraggio sullo stato

di avanzamento dei progetti e delle buone pratiche;

- garantire un confronto sistematico tra esperti e interlocutori regionali e individuare proposte per orientare le ulteriori scelte della programmazione;
- attivare una valutazione dei risultati in termini di processo assistenziale, assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso.

I risultati finali del monitoraggio saranno disponibili a partire dal dicembre 2012.

Riferimenti normativi.

- Accordi Stato-Regioni 2009-2011 per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno afferenti alla linea progettuale "Cure Primarie - assistenza H24, riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e miglioramento della rete assistenziale".
- Schema Piano Sanitario Nazionale 2011-2013: pone, tra i principali obiettivi del SSN la garanzia della continuità delle cure sia tra i diversi professionisti intra- ed extraospedalieri, in modo che la frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche si integri in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione ed implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi ecc.), sia tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nel de-

licato confine tra ospedale e territorio.

- Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 8 luglio 2010: fornisce indicazioni per il processo di consolidamento delle strutture organizzative istituite con il precedente Accordo attraverso la definizione dei "referenti unici" deputati a svolgere nell'ambito delle UCCP il compito di raccordo con l'Azienda sanitaria oltre a quello di rappresentare la stessa UCCP. Prevede inoltre l'assunzione, tra i compiti del medico, dell'obbligo di trasmettere e rendere disponibile, tramite la rete informatica predisposta dalla Regione, i dati relativi al "*patient summary*", quale strumento di riepilogo informativo sintetico del profilo sanitario di ciascun assistito in carico.
- Accordo Collettivo Nazionale 2009.
- Accordo Stato-Regioni 27 luglio 2011: fornisce indicazioni per la predisposizione, da parte delle Regioni, di progetti "finalizzati a realizzare e/o potenziare lo sviluppo di modalità organizzative che consentano l'integrazione tra i Servizi di Emergenza-Urgenza (118) e di Continuità Assistenziale (CA - ex Guardia Medica) anche al fine di superare la frammentarietà degli interventi e assicurare risposte adeguate ai bisogni del cittadino sin dalla fase di accesso telefonico ai servizi sanitari nelle 24 ore per 7 giorni a settimana.

3.3. L'assistenza alle persone non autosufficienti

Quadro programmatico. La "*Road Map for Ageing Research*" (www.futurage.group.shef.ac.uk) presentata al Parlamento Europeo identifica tra le priorità per il futuro della terza età le seguenti: vivere più anni, ma in salute; mantenere e rafforzare le capacità mentali; garantire la qualità e sostenibilità dei sistemi di protezione sociale; favorire il benessere della terza età a casa e negli ambienti comunitari; sconfiggere le disuguaglianze nell'invecchiamento.

È ormai convinzione comune che, per migliorare l'efficacia e la qualità dell'assisten-

za, è necessario orientarsi verso sistemi che prevedano l'organizzazione del lavoro in team multidisciplinari e multiprofessionali, che siano organizzati sul percorso assistenziale del paziente e centrati sui principi di un'assistenza complessiva e integrata, che valorizzino in particolare il monitoraggio dei processi e i risultati delle attività in un'ottica di trasparenza e responsabilizzazione. Il processo organizzativo di presa in carico degli anziani con bisogno sociosanitario complesso dovrebbe svilupparsi in quattro fasi strategiche per ottenere la migliore ri-

sposta in termini di salute da parte della persona interessata: l'accesso al sistema, la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali e la predisposizione del Piano di Assistenza Individuale, il coordinamento attuativo e, infine, il monitoraggio.

La programmazione sanitaria nazionale ha recepito da tempo tali indirizzi allo scopo di migliorare la qualità del servizio offerto e di prevenire o ritardare la disabilità e sostiene la scelta di garantire, per quanto possibile, alla persona non autosufficiente di rimanere nel proprio contesto di vita.

Tali indicazioni, tuttavia, non sono state accompagnate da un adeguato sostegno finanziario e non hanno ancora ricevuto un *commitment* forte da parte degli attori coinvolti soprattutto a livello locale; a oggi i risultati sono frammentati e disomogenei sul territorio nazionale, ma anche all'interno delle Regioni che avevano da più tempo iniziato il processo di riorganizzazione dei servizi per i soggetti non autosufficienti.

Si registra un progresso nel raggiungimento, entro il 2013, del 3,5% (Codice S.06) di anziani trattati in ADI rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) previsto dal Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 tra gli "Obiettivi di Servizio" per le Regioni del Mezzogiorno.

Le Regioni riconoscono l'inderogabilità tanto della funzione di programmazione quanto della funzione di monitoraggio che verifici i risultati in termini di produzione di salute, ma i sistemi informativi per la valutazione qualitativa dell'assistenza domiciliare e residenziale erogata sono ancora poco consolidati e le banche dati non pienamente sistematizzate sul territorio.

Su questo tema l'AgeNaS ha svolto negli anni 2010-2011 un progetto di ricerca sulla "Valutazione dell'efficacia e dell'equità di modelli organizzativi territoriali per l'accesso e la presa in carico di persone con bisogni sociosanitari complessi", al quale hanno partecipato tre Regioni italiane (Lombardia, Veneto, Toscana) e altre Unità Operative, quali l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, l'Ars Toscana, il Dipartimento di Scienze motorie e della Salute dell'Università di Cassino.

L'obiettivo generale è stato definire e sperimentare un sistema di indicatori per monitorare il processo organizzativo di presa in carico di persone di età pari o superiore a 65 anni con bisogno sociosanitario complesso, sia sotto il profilo della risposta al bisogno sia sotto il profilo dell'appropriatezza, attraverso l'utilizzo integrato di flussi informativi correnti afferenti al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), da quelli più tradizionali e consolidati [Scheda di dimissione ospedaliera (SDO), Pronto Soccorso] a quelli di più recente attivazione, in particolare il flusso dell'assistenza domiciliare (SIAD) e il flusso dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR).

La ricerca ha evidenziato che il sistema di presa in carico è frammentato e in generale caratterizzato da una notevole variabilità tra gli ambiti territoriali analizzati, riflettendo peculiarità organizzative tipiche dei contesti esaminati. È emersa una difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari territoriali, con tardive risposte ai bisogni di salute dell'individuo e problematicità nel coordinamento organizzativo del processo. È stato calcolato, a parità di età e genere, l'*Aggregate Bed Day Rate*, un indicatore che consente di misurare la frequenza e la durata del ricorso all'ospedalizzazione durante un anno di assistenza in regime domiciliare o residenziale. Il 35,5% delle persone in assistenza domiciliare nell'area di studio lombarda, il 25% nelle aree toscane e il 50% nelle aree venete sono stati ricoverati nel periodo di osservazione. Per tali soggetti l'*Aggregate Bed Day Rate* è pari a 13,5 giorni per anno persona nell'area di studio lombarda, 3,8 giorni per anno persona nelle aree di studio toscane, 7,5 giorni per anno persona nelle aree di studio venete. Sia la percentuale dei ricoverati che l'*Aggregate Bed Day Rate* sono inferiori se si considerano gli assistiti in assistenza residenziale e semiresidenziale.

Per quanto concerne il tempo trascorso tra la dimissione ospedaliera e l'erogazione del servizio, per gli assistiti in ambito domiciliare trascorrono 13,4 giorni nelle realtà toscane, 8 giorni nell'area lombarda e 6,6 giorni nelle aree venete. Per gli assistiti in ambito residenziale, intercorrono in media 5,1 gior-

ni nell'area lombarda, 2,8 giorni nelle aree toscane e 3 giorni nelle aree venete.

Infine, mediamente in un anno, per quel che riguarda gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso per gli anziani assistiti in ambito domiciliare, l'anziano effettua 0,7 accessi con codice triage bianco/verde al Pronto Soccorso nelle realtà toscane e lombarde, 0,3 in quelle venete (cfr. 10° Supplemento al numero 30 – 2012 del Quaderno Monitor “Conoscere per decidere. La Presa in carico degli anziani non autosufficienti”; disponibile al sito AgeNaS <http://www.agenas.it>). All'interno dell'ampio capitolo dell'assistenza alle persone non autosufficienti meritano una specifica attenzione le iniziative adottate nel 2011 dal Ministero e dalle Regioni a favore delle persone in Stato Vegetativo (SV) o in Stato di Minima Coscienza (SMC), conseguenti per lo più a gravi cerebrolesioni acquisite di varia natura e a favore delle persone affette da gravi malattie neuromuscolari degenerative quali la sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Per quanto riguarda le persone in condizioni di SV e SMC, da un'analisi dei dati del Ministero della salute desumibili dalle SDO relative al triennio 2007-2009 dei pazienti dimessi con codice 780.03 (“Stato Vegetativo persistente” - ICD-9-CM), è emerso che, in tale triennio, sull'intero territorio nazionale sono stati dimessi 5.608 pazienti (considerando anche i ricoveri ripetuti), dei quali 1.397, pari al 34,8%, con dimissione ordinaria a domicilio. Di questi soltanto per l'1,4% è stata attivata l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Ciò probabilmente è dovuto alla peculiarità dei bisogni assistenziali delle persone in condizioni di SV e SMC caratterizzati dall'elevata complessità e diversificazione dell'intensità degli interventi in relazione all'evoluzione della condizione, all'evenienza di complicanze e al contesto familiare e socio-ambientale.

Per tale motivo, nell'ambito delle linee di programmazione nazionale sono state definite nell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata in data 5 maggio 2011 (GU n. 126 dell'1 giugno 2011) sul documento “Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Co-

scienza”, che ha fornito alle Regioni indicazioni per promuovere l'utilizzo di specifici percorsi assistenziali, prevedendo modalità adeguate di informazione e comunicazione con le famiglie, supporto per i familiari e in particolare *caregiver*.

Tra le iniziative svolte nel 2011 in tema di stati vegetativi si evidenziano i risultati di un Progetto nazionale di ricerca su “Funzionamento e disabilità negli Stati Vegetativi e negli Stati di Minima Coscienza”, finanziato dal Ministero della salute attraverso il CCM, con il coordinamento della Fondazione IRCSS Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano. Lo studio multicentrico a carattere osservazionale ha visto la partecipazione di 78 centri italiani e 39 associazioni e federazioni di familiari con l'obiettivo di creare una rete tra diverse realtà italiane che si occupano di pazienti con disturbi della coscienza, al fine di valutare il funzionamento e la disabilità delle persone con diagnosi di SV e SMC in una prospettiva che tenga conto anche della prospettiva bio-psicosociale. La ricerca ha come target i pazienti, i familiari, gli operatori. Dall'analisi dei numerosi dati emersi nell'ambito dello studio si rileva, relativamente alla modalità di assistenza territoriale, che una significativa maggioranza dei pazienti (64,1%) vive abitualmente a domicilio, un terzo in strutture residenziali e solo una piccola parte (2%) in ospedale o altra struttura. In particolare, si osserva che quasi un quarto dei pazienti che vivono a domicilio non dispone di alcun servizio di assistenza domiciliare (in particolare al Sud). Relativamente alle persone affette da SLA, la letteratura indica una prevalenza di 6-8 casi su 100.000, in base alla quale in Italia il numero dei soggetti affetti può essere stimato tra 3.600 e 4.800; la stima trova conferma nelle valutazioni riportate da alcune Associazioni di malati e dalle segnalazioni inviate al Registro nazionale delle malattie rare dell'ISS, che solitamente non coprono l'intera popolazione dei malati e che per il 2011 sono state 3.292.

Anche per tale categoria di malati, come per tutte le persone affette da malattie neuromuscolari gravi e progressive, l'impegno delle Istituzioni si è reso manifesto attraverso una

serie di iniziative; tra queste, l'Accordo tra il Governo e le Regioni sulla "Presenza in carico globale delle persone con malattie neuromuscolari o malattie analoghe dal punto di vista assistenziale", nel quale si afferma la necessità di promuovere l'utilizzo di percorsi assistenziali caratterizzati da diversa complessità e intensità in relazione al tipo di patologia, alla fase di evoluzione e al contesto familiare e socioambientale e impegna il SSN a garantire la continuità assistenziale, l'integrazione degli interventi per uno stesso paziente e il coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, secondo la modalità di rete e di presenza in carico globale, nella consapevolezza che la centralità e l'unitarietà della persona rappresentano elementi imprescindibili per l'organizzazione dell'intervento assistenziale. Nell'Accordo, infine, si sottolinea la necessità della presenza in carico del paziente da parte dell'équipe distrettuale, la valutazione multidimensionale e la redazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che definisca gli interventi da attuare e gli obiettivi assistenziali.

L'Accordo riprende e sintetizza il documento conclusivo della Consulta nazionale per le malattie neurologiche a interessamento neuromuscolare, a cui hanno partecipato, negli anni 2009-2010, rappresentanti delle Istituzioni, delle Associazioni dei pazienti, specialisti, esperti di politica sanitaria, con l'obiettivo di fornire indicazioni utili a promuovere la qualità dell'assistenza alle malattie neuromuscolari gravi e progressive.

Per quanto riguarda, invece, il potenziamento degli interventi di assistenza sociale a favore dei malati di SLA, di competenza degli Enti locali, il D.Lgs. 225/2010, convertito nella legge 10/2011, ha previsto la destinazione di un finanziamento, fino a 100 milioni di euro, a valere sulle risorse complessive destinate alla liquidazione del 5 per mille nell'anno 2011, per la ricerca e l'assistenza domiciliare a favore dei malati di SLA.

Tale finanziamento, che alimenta il Fondo nazionale per la non-autosufficienza, è ripartito tra le Regioni dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e assegnato sulla base di specifiche progettualità di cui sarà possibile monitorare la realizzazione.

Al fine di supportare le Regioni nello sviluppo dei servizi territoriali e per garantire una maggiore omogeneità nei modelli organizzativi di presenza in carico e di gestione dei processi assistenziali, con l'Accordo del 20 aprile 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente le Linee guida per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011, sono stati dettati indirizzi alle Regioni per la presentazione di progetti relativi agli interventi per la non autosufficienza cui è destinata una somma pari a 240 milioni di euro; di questi, una quota pari a 20 milioni di euro è stata destinata alla linea progettuale "Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti" e una quota pari a 20 milioni di euro è stata destinata alla linea progettuale "Assistenza ai pazienti affetti da demenza".

Stato di attuazione nei contesti regionali.

In merito ai progetti regionali di PSN per l'utilizzo dei finanziamenti 2011, in attuazione degli indirizzi nazionali, nell'anno 2011 sono stati predisposti dalle Regioni complessivamente 62 progetti che hanno individuato strategie per la gestione delle persone non autosufficienti basate sulla "presenza in carico globale" che, attraverso l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, consente la riduzione del carico assistenziale delle famiglie, dei ricoveri ospedalieri e della spesa sanitaria e sociale, permettendo, altresì, di migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti e dei loro familiari. A tal fine, nell'ambito delle proprie progettualità le Regioni hanno favorito il potenziamento dei Punti Unici di Accesso (PUA) per consentire il coordinamento e l'integrazione delle competenze sanitarie e sociali, la promozione dell'approccio multiprofessionale al paziente attraverso la redazione del PAI e l'incremento dell'ADI con particolare attenzione alla popolazione anziana. L'interesse delle Regioni nei confronti di tale tematica si è reso manifesto anche mediante l'individuazione di interventi a favore dei pazienti affetti da demenza, come la realizzazione di specifici servizi di valutazione e pre-

sa in carico (Unità di Valutazione Alzheimer, UVA) e servizi specializzati per il trattamento (Centri diurni Alzheimer e demenza, Nuclei Funzionali Alzheimer). Infine, nell'ambito delle progettualità relative all'ADI, alcune Regioni hanno previsto iniziative di "sollevio", finalizzate al sostegno delle famiglie, quali i ricoveri notturni, i pacchetti weekend e i ricoveri di sollevio. Nell'approccio assistenziale alle persone non autosufficienti numerose Regioni hanno altresì ritenuto rilevante la presenza delle Associazioni di volontariato organizzato e delle famiglie, opportunamente formate, affinché diventino parte integrante della rete assistenziale.

Relativamente agli interventi per l'assistenza alle persone in SV e SMC, la linea di tendenza generale verso la quale si sono orientate le progettualità regionali riguarda i processi di razionalizzazione dell'approccio diagnostico-terapeutico, attraverso la definizione e l'adozione di percorsi condivisi e scientificamente validati, destinati ai pazienti in SV e SMC, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione dei processi di cura, sia nelle Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), sia nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

In particolare, la maggior parte delle Regioni ha predisposto specifici progetti finalizzati alla realizzazione e/o al potenziamento di percorsi assistenziali per i pazienti in SV e SMC, per un impegno di spesa complessivo pari a 32 milioni di euro. La Regione che in termini percentuali ha impegnato maggiori risorse (10%), per l'anno 2011, è stata la Basilicata, seguita dalle Regioni Molise e Piemonte, che hanno destinato circa il 7%.

In alcune realtà regionali si è inteso organizzare la rete assistenziale, definendo i percorsi nelle fasi di accesso, presa in carico, trasferimento e dimissione, fino al reinserimento al proprio domicilio; in altre il percorso as-

sistenziale per persone in SV e SMC è stato inserito all'interno della rete per pazienti con gravi cerebrolesioni (GCA). Infine, soltanto alcuni progetti hanno previsto le SUAP e l'assistenza domiciliare per i pazienti in condizioni di SV e SMC nella fase di cronicità.

Bibliografia essenziale

Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome del 25 marzo 2009 e dell'8 luglio 2010 che individuano tra le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni e delle Province Autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1 cc. 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale rispettivamente per gli anni 2009 e 2010

Accordo della Conferenza Unificata tra lo Stato, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti Locali sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" del 5 maggio 2011. GU n. 126 dell'1 giugno 2011

Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 25 maggio 2011 sulla "Presa in carico globale delle persone con malattie neuromuscolari o malattie analoghe dal punto di vista assistenziale"

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 20 aprile 2011 sulla proposta del Ministero della salute di Linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011 (rep. Atti n. 83/CSR del 20 aprile 2011)

Libro Bianco sugli Stati Vegetativi e di Minima Coscienza, presentato alla stampa il 7 giugno 2010, elaborato dal "Seminario permanente di confronto sugli Stati Vegetativi e di Minima Coscienza" istituito dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali nel maggio 2008

Ministero della salute. Rapporto della Consulta sulle malattie neuromuscolari. www.salute.gov.it. Ultima consultazione: settembre 2012

Risultati del Progetto Nazionale CCM "Funzionamento e disabilità negli Stati Vegetativi e negli Stati di Minima Coscienza" (Executive Summary - febbraio 2012)

4

Reti ospedaliere

4.1. Riorganizzazione delle reti ospedaliere

In questi anni la rete ospedaliera sta andando incontro a profondi processi riorganizzativi, orientati all'appropriatezza clinica e organizzativa, al recupero dell'efficienza gestionale, all'approccio pluridisciplinare, all'integrazione orizzontale tra Unità Operative e verticale all'interno delle reti di specialità, nell'ambito di una logica di continuità assistenziale tra ospedale e territorio e di garanzia della sicurezza delle cure.

Il Patto per la salute 2010-2012 ha stabilito lo standard di dotazione dei posti letto ospedalieri pari a 4 per 1.000 abitanti comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza, prevedendo l'impegno da parte delle Regioni e delle Province Autonome ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN), con l'obiettivo di promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e di favorire l'assistenza domiciliare e residenziale. A tale adempimento le Regioni sottoposte ai Piani di rientro dovevano provvedere entro il 31 dicembre 2010 e le altre Regioni entro il 30 giugno 2011.

A livello nazionale si registra pertanto nel 2011, rispetto ai dati della Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010, una diminuzione della dotazione di posti letto, che passano da 211.936 unità (3,5 posti letto per 1.000 abitanti) a 202.736 (3,3 posti letto per 1.000 abitanti), mentre per la post-acuzie si riscontra un leggero incremento (37.252 posti letto nel 2011 rispetto a 37.153 nel 2009) che lascia invariato l'indicatore medio nazio-

nale dei posti letto non acuti, pari a 0,6 per 1.000 abitanti (*Tabelle 4.1 e 4.2*).

La riduzione dei posti letto per acuti è generalizzata ed è particolarmente accentuata nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro, che nel 2009 presentavano un'elevata dotazione di posti letto per acuti rispetto allo standard e che pertanto concorrono a quasi l'80% della riduzione complessiva nazionale registrata nel 2011.

L'adeguamento allo standard stabilito dal Patto della salute sta avvenendo con andamenti differenti tra le diverse Regioni, a causa di vari fattori, tra i quali la diversa tempistica prevista dal Patto per la salute 2010-2012.

Per l'assistenza ospedaliera il SSN si avvale nel 2011 di 1.121 istituti di cura, di cui 596 pubblici ed equiparati, corrispondenti al 53%, e 525 case di cura private accreditate, che rappresentano il 47% del totale degli istituti.

Le strutture pubbliche ed equiparate sono passate da 638 (anno 2009) a 596 (anno 2011), a seguito di accorpamenti, riconversioni o chiusure.

La rimodulazione dell'offerta è principalmente concentrata sulle strutture ospedaliere con dotazione fino a 120 posti letto (-31 istituti nel 2011 rispetto al 2009, con una riduzione percentuale del 15% circa).

Il numero degli ospedali di medie dimensioni (tra 121 e 400 posti letto) diminuisce del 5% circa (-12 istituti nel 2011 rispetto al 2009).

La riduzione del numero degli ospedali con dotazione fino a 400 posti letto è avvenuta principalmente nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro, che determinano il 53%

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 2011, dati provvisori)

Regione	Posti letto per acuti			Posti letto per non acuti		
	Pubblici	Accreditati	Totale	Pubblici	Accreditati	Totale
Piemonte	12.733	1.392	14.125	2.361	2.204	4.565
Valle d'Aosta	445	0	445	8	80	88
Lombardia	28.925	4.920	33.845	4.947	3.635	8.582
PA di Bolzano	1.722	62	1.784	85	220	305
PA di Trento	1.652	110	1.762	221	440	661
Veneto	15.612	794	16.406	2.345	442	2.787
Friuli Venezia Giulia	4.471	500	4.971	319	77	396
Liguria	5.963	79	6.042	683	102	785
Emilia Romagna	13.835	2.791	16.626	2.197	1.745	3.942
Toscana	11.265	1.364	12.629	528	701	1.229
Umbria	2.597	239	2.836	290	32	322
Marche	4.938	502	5.440	423	412	835
Lazio	16.759	2.546	19.305	1.600	3.300	4.900
Abruzzo	3.759	604	4.363	296	459	755
Molise	1.097	104	1.201	216	86	302
Campania	12.854	4.816	17.670	444	1.259	1.703
Puglia	11.340	1.815	13.155	1.029	716	1.745
Basilicata	1.745	56	1.801	266	104	370
Calabria	5.023	1.572	6.595	171	770	941
Sicilia	11.850	3.610	15.460	852	821	1.673
Sardegna	5.210	1.065	6.275	96	270	366
Italia	173.795	28.941	202.736	19.377	17.875	37.252

Acuti: sono escluse le discipline: 22 - Residuale manicomiale, 28 - Unità spinale, 56 - Recupero e riabilitazione funzionale, 60 - Lungodegenti, 75 - Neuro-riabilitazione, 99 - Cure palliative/hospice.

Non acuti: sono considerate le discipline: 22 - Residuale manicomiale, 28 - Unità spinale, 56 - Recupero e riabilitazione funzionale, 60 - Lungodegenti, 75 - Neuro-riabilitazione, 99 - Cure palliative/hospice.

Fonte: Ministero della salute – Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario – Ufficio di Direzione Statistica.

della riduzione complessiva, ma emergono anche riorganizzazioni strutturali significative in altre Regioni, come per esempio nella Regione Marche.

A livello nazionale è aumentata la dotazione media per struttura, che nel 2011 è pari a 324 posti letto (nel 2009 era pari a 315) [Tabella 4.3].

Le case di cura accreditate che erogano assistenza ospedaliera sono diminuite di 10 unità, passando da 535 del 2009 a 525 del 2011 (diminuzione di poco inferiore al 2%). L'analisi dei posti letto per disciplina ospe-

daliera evidenzia un'accentuata variabilità nelle dotazioni regionali.

Ciò potrebbe fare ipotizzare che, in presenza di un fabbisogno riconducibile a discipline affini, la programmazione regionale scelga di assegnare i posti letto in base a fattori che incidono con peso diverso nelle varie realtà, quali per esempio:

- caratteristiche “storiche” della propria rete di offerta;
- mobilità inter-regionale;
- distribuzione della popolazione per classi di età;