

# Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza

Report 2013



In collaborazione con:



Con il contributo incondizionato di:



## Indice dei contenuti

<i>Capitolo 1 - Introduzione allo studio</i> .....	2
1.1 Obiettivi e perimetro dello studio .....	2
1.2 Metodologia di lavoro.....	4
<i>Capitolo 2 - Situazione delle cure primarie in Italia</i> .....	7
1.3 Contesto di riferimento e quadro normativo.....	7
2.1 Ambito organizzativo delle cure primarie .....	15
2.2 Sostenibilità economica ed equità del sistema.....	19
2.3 Assistenza sanitaria di base ed associazionismo.....	30
2.4 Assistenza domiciliare .....	44
2.5 Riconversione del sistema di cure e presa in carico del cittadino .....	50
2.6 Digitalizzazione e <i>e-health</i> .....	55
2.7 Coinvolgimento ed <i>empowerment</i> del cittadino .....	62
2.8 Evidenze della ricerca desk.....	66
<i>Capitolo 3 - Risultati delle interviste ai cittadini e ai professionisti sanitari</i> .....	71
3.1 Introduzione .....	71
3.2 La voce dei cittadini.....	72
3.3 La voce dei professionisti sanitari .....	93
<i>Capitolo 4- Riflessioni finali e prospettive per le imprese</i> .....	109
4.1 Riflessioni finali.....	109
4.2 Riflessioni finali.....	115
<i>Bibliografia e fonti di riferimento</i> .....	122
<i>Glossario</i> .....	125
<i>Allegati al Report</i> .....	126

## Capitolo 1 - Introduzione allo studio

### 1.1 Obiettivi e perimetro dello studio

Con l'approvazione del **“decreto Balduzzi” (Decreto Legge n° 158 del 13-09-2012)** si è aperta una stagione di riforme per il nostro Sistema Sanitario Nazionale incentrate sulla riorganizzazione delle cure primarie. Non è un caso se il primo articolo del decreto sia dedicato proprio al **riassetto dell'assistenza territoriale**, un ambito sul quale tutte le riforme sanitarie che si sono susseguite negli scorsi anni hanno focalizzato l'attenzione, ritenendolo uno snodo decisivo non soltanto per garantire l'assistenza di primo livello in modo ottimale ma anche per regolarizzare gli accessi alle cure specialistiche e perseguire una gestione più efficace ed economica del sistema.

Si tratta di un intervento legislativo che, questo l'auspicio di molti, dovrebbe raggiungere risultati ben più positivi rispetto ai tentativi del passato anche per via dell'introduzione di chiari vincoli temporali e del periodo storico nel quale è caduta la sua emanazione, un periodo contrassegnato da una incidente crisi economica internazionale con forti ricadute sulla finanza pubblica del nostro Paese e sui comportamenti di acquisto e stili di vita dei cittadini.

Dopo un anno dal decreto, l'Area Sanità di FONDAZIONE ISTUD, *business school* indipendente che opera in Europa nel campo della formazione professionale superiore e della ricerca sul management, e VANCE VALue GovernANCE, studio di consulenti di direzione aziendale di Milano, hanno voluto analizzare lo stato di avanzamento della riorganizzazione delle cure primarie nelle Regioni italiane ed effettuare un'indagine con cittadini e operatori della sanità. La ricerca ha analizzato lo stato dell'arte della programmazione sanitaria, delle azioni intraprese e di quelle previste delle singole Regioni e ha rilevato, attraverso interviste via web, il punto di vista dei professionisti sanitari e dei cittadini sui temi inerenti questa strategica area di assistenza. Lo studio si inserisce all'interno dell'iniziativa Osservatorio delle Cure a Casa che Fondazione ISTUD conduce annualmente dal 2007 per diffondere conoscenza e riflessione concreta sulla diffusione delle cure domiciliari e territoriali in Italia e sulla organizzazione di questi servizi.

Ma cosa sono le cure primarie? In sintesi, si tratta **dell'insieme dei servizi sanitari erogati dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS), quell'assistenza che rappresenta la cosiddetta prima porta di ingresso dei cittadini al Servizio Sanitario Nazionale.**

Questi servizi - comunemente chiamati anche assistenza di base, assistenza primaria, medicina di base, medicina territoriale - unitamente a quelli di assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale ed all'insieme delle cure intermedie (lungodegenze, istituti di riabilitazione, residenze sanitarie assistenziali, hospice,

centri psico-sanitari, ....), costituiscono i cosiddetti *servizi territoriali*, in ciò distinguendosi dal blocco dei servizi di cura ed assistenza erogati dagli ospedali. Tradizionalmente l'offerta sanitaria si è articolata con l'ospedale da un lato e il territorio dall'altro, due poli che, a ben vedere, hanno sinora funzionato come *“separati in casa”* quindi con linguaggi diversi, obiettivi non sempre coincidenti e faticose ricerche di collaborazione, nonostante si parli oramai da tanto tempo di continuità assistenziale e presa in carico del paziente e malgrado l'individuo, per le sue caratteristiche socio-demografiche e per i suoi bisogni dettati da patologie croniche crescenti, necessiti in modo crescente di cure costanti ed assistenza globale, non parcellizzata dalle scelte organizzative del sistema.

L'art.1 del Decreto Balduzzi prevede un nuovo assetto di cure primarie mediante l'identificazione di due forme di associazionismo, la prima di tipo mono professionale (*AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali*) e la seconda di tipo multi professionale (*UCCP – Unità complesse di cure primarie*). Mentre la prima guarda all'associazionismo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, la seconda tipologia si focalizza in estrema sintesi nella creazione di nuovi luoghi di cura ed assistenza, poliambulatori territoriali nei quali convergono le competenze tecniche di più figure professionali convenzionate con il servizio sanitario quali a titolo esemplificativo i medici specialisti, gli infermieri, le ostetriche, i tecnici di riabilitazione, i tecnici di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, gli stessi MMG e PLS.

Gli obiettivi di dettaglio dello studio sono stati:

- *analizzare l'evoluzione dell'area delle cure primarie*, avendo cura di analizzare le scelte organizzative e di sistema delle Regioni italiane, le sperimentazioni ed iniziative in corso sul tema dell'associazionismo dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e dello sviluppo dell'assistenza domiciliare con ricadute sull'utilizzo nelle nuove tecnologie (*e-health*), la riconversione delle strutture ospedaliere, le azioni di *empowerment* del cittadino e di sostenibilità ed equità del sistema sanitario italiano;
- *ascoltare la voce dei cittadini e dei professionisti sanitari* attraverso l'erogazione di interviste via web;
- *valutare la situazione complessiva* ed identificare le aree critiche ed i vincoli che gravano sui processi evolutivi in corso nonché le future aspettative di sviluppo.

Lo studio, sviluppatosi nel corso del 2013, ha ricevuto il patrocinio di Cittadinanzattiva, CARD (Confederazioni Associazioni Regionali di Distretto FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale), Assobiomedica, Agenas, Assogastecnici Federchimica e Federsanità ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) nonché il contributo non condizionato di Accenture, Assobiomedica, Assogastecnici Federchimica, Esaote, Fater, Linde, Medicaire, Siad-Medigas, Novartis, Sapio Life, Tbs Group-Tesan, Vivisol - Group, Vitulaire-Medicasa.

Il presente rapporto è articolato in quattro parti separate:

- **nella prima**, viene descritta la metodologia e la fasi di lavoro;
- **nella seconda parte**, dopo un breve richiamo dei principali riferimenti istituzionali e normativi in materia di cure primarie, viene descritta la situazione delle Regioni italiane attraverso 7 parole chiave identificate ad inizio studio e le principali conclusioni: sostenibilità, associazionismo, presa in carico, riconversione dei servizi sanitari, armonizzazione delle cure, *e-health*, *empowerment*;
- **nella terza parte** sono riportate le evidenze delle interviste via web effettuate ai professionisti sanitari ed ai cittadini e le principali conclusioni;
- **nella quarta ed ultima parte**, sono riportate le riflessioni finali dello studio e le implicazioni per le aziende
- **gli allegati**, infine, raccolgono le 21 schede regionali e provinciali frutto dell'analisi desk e riportano le tracce delle interviste effettuate via web a professionisti sanitari e cittadini e quelle utilizzate per i decision maker.

## 1.2 Metodologia di lavoro

Lo studio si è sviluppato attraverso i seguenti principali step metodologici:

1. **fase desk**: la prima fase di lavoro si è concentrata sulla raccolta ed analisi dei documenti reperibili in tema di cure primarie e cure territoriali, con particolare attenzione all'applicazione del Decreto Balduzzi, riferiti agli atti ufficiali ministeriali e regionali relativi ai 19 sistemi sanitari regionali ed alle 2 province autonome di Trento e Bolzano e altre informazioni (fonti secondarie) come a titolo esemplificativo altri studi, atti di convegni e congressi, pubblicazioni ed articoli;
2. **fase field**: la seconda fase di lavoro è consistita invece nella raccolta dei molteplici punti di vista sul tema delle cure primarie e territoriali (decision maker, professionisti sanitari e cittadini) tramite interviste via web ed incontri diretti;
3. **fase di sintesi e restituzione dei risultati**: la terza fase di lavoro si è concentrata infine sulla sintesi delle informazioni raccolte, la presentazione dei primi risultati di un workshop e la finalizzazione dello studio con la predisposizione del presente rapporto finale.

### 1. Fase desk

La parte iniziale dello studio si è focalizzata dapprima sulla raccolta dei documenti ufficiali ed istituzionali delle 19 Regioni e 2 province autonome che in Italia organizzano ed erogano il servizio sanitario pubblico. La raccolta documentale è stata effettuata attraverso la consultazione di molteplici siti Internet che ha permesso di acquisire oltre alla documentazione ufficiale delle istituzioni preposte alla sanità anche pubblicazioni, ricerche, riviste, atti di convegni e congressi relativi ai temi affrontati dallo studio.

Successivamente alla raccolta si è avviata una fase di analisi al fine di valutare la situazione generale in Italia sul tema delle cure primarie; l'analisi si è condotta attraverso alcune parole chiave come sostenibilità economica ed equità del sistema, associazionismo dei MMG e PLS ed assistenza domiciliare, riconversione del sistema di cure e presa in carico del cittadino, digitalizzazione (*e-health*), coinvolgimento ed *empowerment* del cittadino.

L'analisi dei documenti e delle fonti secondarie che ne è seguita ha permesso di mettere a punto gli argomenti delle interviste da realizzare nella successiva fase di field.

I risultati di questa prima fase, prodotte in allegato al presente documento, sono stati la predisposizione delle 21 schede regionali e provinciali e le tracce delle interviste.

## 2. Fase field

La seconda fase della ricerca si è incentrata invece sugli incontri con i decision maker e l'erogazione delle interviste quali/quantitative via web ai cittadini e operatori sanitari; in particolare, sono stati intervistati:

a) *decision maker*:

b)

- Responsabile Servizi Territoriali, Sicilia,
- Assessorato alla Salute, Regione Toscana
- Responsabile Servizi Territoriali, Emilia Romagna
- Sub-commissario e Responsabile Servizi Territoriali, Lazio
- Responsabile Osservatorio Acquisti della Pubblica Amministrazione, Campania,
- Responsabile Servizi Territoriali, Marche,
- Responsabile Servizi Territoriali, Puglia,
- Giunta Regionale, membro commissione sanità, Lombardia,
- Responsabile Servizi cure territoriali e case della salute, Piemonte

L'obiettivo principale degli incontri è stato quello di approfondire i principali temi dell'evoluzione dell'assistenza territoriale con particolare riguardo al recepimento dell'art.1 della legge n.189 dell' 8 novembre 2012, (Decreto Balduzzi), i livelli crescenti di associazionismo dei medici di assistenza primaria, i benefici effettivi generati sul sistema ed i risultati raggiunti nonché le progettualità nell'area dell'assistenza domiciliare;

c) operatori e professionisti sanitari: 128 sono i professionisti del territorio che hanno aderito alla proposta di intervista via web:

- 78% medici di medicina generale,
- 10% pediatri di libera scelta,
- 12% altri professionisti del territorio.

e che hanno dato risposte sui temi dello sviluppo dell'associazionismo medico, l'attivazione dell'assistenza domiciliare, il rapporto con le strutture di cura intermedie, il livello di evoluzione dello sviluppo delle tecnologie applicate alla sanità e salute;





d) cittadini, nucleo paziente/famiglia: 398 sono i cittadini che hanno risposto alla loro intervista via web, esprimendo le loro considerazioni sulle cure primarie, i servizi di cui usufruiscono direttamente o indirettamente attraverso l'esperienza di un familiare, il rapporto con i professionisti del territorio e le nuove ed emergenti forme assistenziali, il ruolo del farmacista della propria zona, il grado di trasparenza delle istituzioni, le modalità di ricezione delle informazioni e la disponibilità a pagare un contributo per ricevere cure sul territorio. Il campione di intervistati, va sottolineato, non ha alcuna valenza statistica e si è sviluppata con l'obiettivo di raccogliere le informazioni in termini di indicazioni generali provenienti da coloro che ricevono il servizio oppure lo vivono indirettamente tramite familiari ai quali il servizio si rivolge.

I risultati di questa seconda fase sono stati la realizzazione degli interviste con i rappresentanti delle Regioni e la raccolta delle interviste scritte per la prosecuzione dello studio.

### **3. Fase di sintesi e restituzione dei risultati**

La terza ed ultima parte della ricerca si è focalizzata sulle seguenti principali attività:

- ulteriori analisi finali delle informazioni raccolte con le interviste;
- consolidamento delle analisi e primi risultati;
- organizzazione del workshop dal titolo *“Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza?”* organizzato a Roma a Palazzo Santa Chiara il 27 novembre 2013;
- consolidamento finale delle analisi e sintesi dei risultati;
- redazione del rapporto finale.

Il risultato dell'ultima fase è consistito nel presente rapporto finale.

Nel corso dell'intero periodo di esecuzione dello studio, il gruppo di lavoro si è interfacciato costantemente con il Comitato Guida costituito dai rappresentanti delle aziende sponsor dello studio.

Dati gli sfidanti obiettivi del lavoro, la vastità del perimetro di osservazione e l'originalità della metodologia, lo studio ha rappresentato una prima fase di indagine, una rilevazione e valutazione che si desidera proseguire con specifici segmenti di approfondimento nel corso degli anni a venire. In tal senso Fondazione ISTUD e Vance intendono replicare l'esperienza del 2013 con successive misurazioni in grado di verificare nel tempo l'avanzamento dei processi di riorganizzazione delle cure primarie e l'evoluzione dei diversi punti di vista dei cittadini e dei professionisti che operano in sanità.

## Capitolo 2 - Situazione delle cure primarie in Italia

### 1.3 Contesto di riferimento e quadro normativo

Nel paragrafo che segue sono riportati in sintesi alcuni importanti riferimenti di organismi ed istituzioni internazionali che si occupano dei temi della sanità nonché l'evoluzione della principale normativa italiana in materia di cure primarie.

***Alma Ata – 1978. Assistenza sanitaria primaria*** - la prima occasione di contatto degli individui per portare l'assistenza sanitaria ***il più vicino possibile*** ai luoghi di vita e di lavoro

Quando si affronta il tema delle cure primarie è imprescindibile partire dalla dichiarazione che, a conclusione dei lavori, la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, riunita ad Alma Ata, ha formulato il 12 settembre 1978, che al punto VI afferma che: ***“L'assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui ed alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria”***.

Come ben si vede nell'ormai lontano 1978 erano già chiare le caratteristiche del servizio di assistenza sanitaria primaria e le esigenze alle quali i servizi avrebbero dovuto rispondere con riferimento sia alla parte sanitaria sia al concetto ben più ampio di sviluppo economico e sociale. C'era in quella dichiarazione un'impronta forte che richiamava l'esigenza di un'offerta sanitaria improntata su servizi diversi da quelli ospedalieri, tradizionalmente di attesa, e che vedeva nel processo di avvicinamento al cittadino quindi all'assistenza domiciliare oppure presso strutture di maggiore prossimità alternative a quelle ospedaliere i luoghi idonei (appropriati) dove garantire la prevenzione, l'assistenza e le cure necessarie. L'enfasi deve essere posta infatti sull'esigenza oggi sempre più sentita di andare incontro alle esigenze dei cittadini con organizzazioni intese a favorire il perseguimento della salute intesa, nell'accezione dell'OMS, non solo come mera assenza di malattia ma come stato di benessere psicofisico complessivo





dell'individuo. In tale prospettiva le cure primarie possono essere luogo e occasione per lo sviluppo di tale obiettivo.

La dichiarazione, oltre ad approfondire il concetto di assistenza primaria, ribadiva il tema della salute quale stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente di assenza di malattia o infermità.

Tale affermazione ha poi condotto alla definizione del concetto di promozione della salute che vede nella "Carta di Ottawa sulla promozione della salute" (1986) il documento di riferimento che dichiara che, **"la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla"**. La Carta di Ottawa individuava anche 5 aree prioritarie di azione, tra le quali di particolare interesse per l'argomento in trattazione è la revisione dell'orientamento dei servizi: **"riorientare i servizi sanitari, al fine di creare sistemi centrati sui bisogni della popolazione e creare una reale partnership tra i servizi e con gli utenti, la persona diventa più importante della malattia e diventa co-artefice della sua cura/assistenza"**.

Il nuovo orientamento dei servizi sanitari si sintetizzava nello spostamento dal concetto di **"malattia"** a quello di **"salute"**: in tale ottica, le organizzazioni sanitarie devono passare dalla frammentarietà delle specializzazioni alla globalità dell'approccio, per garantire la continuità assistenziale tra le diverse componenti della comunità.

Tali considerazioni continuano ad essere di straordinaria attualità rispetto al tema delle cure primarie e del loro ruolo sul territorio, tanto che nel 2008, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 30° anniversario della dichiarazione di Alma Ata ha voluto confermarne i contenuti nel documento **"The World Health Report - Primary Health Care – Now more than ever"** e, con l'obiettivo di **imparare dal passato per fare meglio in futuro**, ha rivisitato la visione delle cure sanitarie primarie come un insieme di valori e principi per guidare lo sviluppo dei sistemi sanitari, sottolineando come, in estrema sintesi, le cure primarie costituiscono l'*hub* attraverso il quale gli individui vengono **"guidati nell'intero servizio sanitario e garantiscono la continuità longitudinale delle cure"**.

Alla definizione segue la raffigurazione dei quattro elementi che compongono la nuova visione di Primary Health Care:



Figura 2.1 - Primary Health Care - OMS

Fonte: *The World Health Report - Primary Health Care – Now more than ever*

In Italia le cure primarie sono erogate nell'ambito dell'assistenza distrettuale prevista dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come previsto dal DPCM del 23 febbraio 2002.

La legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, **legge n. 833 del 23 dicembre 1978**, prevede (art. 10 - L'organizzazione territoriale) che la gestione unitaria della tutela della salute è assicurata in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali<sup>1</sup>.

L'articolo prevede la possibilità di articolare l'unità sanitaria locale in distretti, quali strutture tecnico-funzionali, per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento. Alle Regioni viene richiesto di esercitare le funzioni di assistenza sanitaria ed ospedaliera (art.11 - Competenze territoriali) nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato.

Successivamente il **decreto legislativo n. 502/1992** in tema di riordino della disciplina in materia sanitaria, come modificato dal **d.lgs. n.517/1993** e dal **d.lgs. n. 229/1999**, all'art. 2 indica come di stretta competenza regionale le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e definisce il distretto come articolazione organizzativa dell'azienda unità sanitaria locale.

Il distretto deve quindi assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

---

<sup>1</sup> “L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge”.



Il **D.P.C.M. 29 novembre 2001** “Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)” riporta in Allegato 1 la classificazione dei livelli e le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale in quanto riconducibili ai cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza, Suddivisi in tre categorie:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro ( poi modificata in Prevenzione collettiva e sanità pubblica con il D.P.C.M. dell'aprile 2008)

2. Assistenza distrettuale

3. Assistenza ospedaliera

La disaggregazione dell'assistenza distrettuale indicata dal DPCM, ripresa di seguito, conferma l'attenzione all'assistenza sanitaria di base ed esplicita, per la prima volta, le diverse tipologie di assistenza sanitaria domiciliare. Vengono infatti inserite nell'Assistenza distrettuale le forme di assistenza residenziale e semiresidenziale:

A. Assistenza sanitaria di base

- medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
- continuità assistenziale notturna e festiva
- guardia medica turistica (su determinazione della Regione)

B. Attività di emergenza sanitaria territoriale

C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali

D. Assistenza integrativa

E. Assistenza specialistica ambulatoriale

F. Assistenza protesica

- fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali

G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare

- assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e

- l'interruzione della gravidanza

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie

- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale

I. Assistenza termale

Anche i **Piani Sanitari Nazionali (PSN)** negli anni dedicano una forte attenzione alle cure primarie ed al ruolo del distretto per il loro governo.

I **Piani Sanitari Nazionali 1994-1996 e 1998-2000** sottolineano la valenza del distretto nell'organizzazione sanitaria quale fondamentale momento di integrazione territoriale; in particolare, il PSN 1998-2000 delinea le tre principali funzioni del distretto:

- governo ed organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale,
- integrazione sanitaria e socio sanitaria,
- punto di riferimento del cittadino per la risposta ai bisogni di salute, per ricondurre l'assistenza distrettuale ad un unitario "livello assistenziale di assistenza".

I Piani riportano l'attenzione sul ruolo dei Medici di Medicina Generale e alla loro integrazione all'interno dell'organizzazione del Distretto.

Il **Piano Sanitario Nazionale 2003-2005** richiede la realizzazione di un sistema assistenziale territoriale avente quale punto di avvio la valorizzazione della medicina primaria, individuando in particolare due progetti prioritari:

- promuovere il territorio quale sede primaria di assistenza e governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari;
- promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.

In tale contesto, **l'intesa Stato-Regioni del 29 Luglio 2004 e quella del 9 febbraio 2006** promuovono un'organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina associativa prevedendo, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle **Unità di Assistenza Primaria (UTAP)**, per il superamento dello **"studio individuale del medico"** e per favorire l'associazionismo in quelle zone dove, per caratteristiche geografiche (aree non urbane, zone montane ed isole minori), non sia possibile l'uso di sedi uniche e che quindi presuppongono l'utilizzo di sistemi di telemedicina.

Anche il **PSN 2006-2008** considera determinante la riorganizzazione delle cure primarie attraverso un **"processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei MMG e dei PLS nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità di erogazione per favorire l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio"** portando a prevedere nella **Legge Finanziaria del 2007 (Legge 27 dicembre 2006 n. 296** "disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" ai commi 805 e 806 dell'art. 1, l'istituzione di un fondo per il co-finanziamento dei progetti attuativi del PSN fra i quali anche la sperimentazione del modello assistenziale "Case della Salute".

La realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie è vista quindi come facilitatore delle continuità assistenziale tra i diversi livelli, preventivo, ospedaliero, territoriale.

Ed infine il **Piano Sanitario 2011-2013** che, riprendendo espressamente le definizioni di Alma Ata e dell'OMS, identifica per le cure primarie, e più in



particolare per la medicina generalista e le altre componenti dell'assistenza convenzionata, in una logica di rete, i seguenti principali obiettivi:

- **“promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute nella comunità, ...”**. Tale azione non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario bensì coinvolge tutte le aree determinanti della salute, come indicato dall'OMS;

- **“prendere in carico i pazienti in modo globale e completo ...”**. Il medico di medicina generale (MMG) e le altre professionalità della rete si assumono la responsabilità, in modo organico e progettuale, della salute dei pazienti e delle loro famiglie lungo due direttrici: una multi-dimensionale (farsi carico della salute nella sua dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale e ed esistenziale) ed una temporale (farsi carico della domanda del paziente nelle diverse fasi di evoluzione della sua salute). Ciò comporta lo sviluppo di un tipo di assistenza basata su un rapporto multidisciplinare (coinvolgimento e corresponsabilizzazione di più professionisti) che promuove meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, di cura e riabilitazione;

- **“favorire la continuità assistenziale”** tramite il coordinamento dell'assistenza nel tempo dei programmi, unità organizzative e professionisti, in modo che non si abbiano interruzioni dell'assistenza e/o cambiamenti ingiustificati del trattamento o dei professionisti che assistono il paziente. I professionisti condividono con il distretto la responsabilità circa l'accessibilità alle cure sanitarie, commissionando e coordinando queste cure quando impossibilitati a fornirle personalmente;

- **“concorrere ai processi di governo della domanda mediante l'azione di gatekeeping del MMG”** che consiste nel conoscere i bisogni autentici di salute della popolazione (intesa a livello di sistema), anche quelli non espressi; valutare la migliore risposta clinico-terapeutica, in termini di efficacia e di appropriatezza; scegliere il percorso assistenziale più conveniente in rapporto ai costi e ai risultati;

- **“valutare gli esiti di salute generata”** ovvero misurare il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute del singolo e della comunità direttamente collegato al processo assistenziale (processo di cura in senso lato);

- **“favorire l'empowerment”** dei pazienti ossia il loro pieno e diretto coinvolgimento nel processo di cura”.

PSN 2011-2013: visione allargata e integrata del concetto di assistenza primaria, intesa come:

- ✓ **strumento di governo della domanda dei servizi territoriali mediante l'azione di gatekeeping del MMG,**
- ✓ **organo di garanzia della continuità delle cure.**

Da quanto sopra richiamato, dunque, emerge come il legislatore ed il regolatore regionale siano intervenuti a vario titolo su questa area di assistenza con risultati che, dopo anni, non sempre possono essere obiettivamente valutati in modo positivo.

La consapevolezza che l'evoluzione dei bisogni di salute in atto - tra i quali in primis i bisogni connessi alle patologie croniche - richiedessero uno spostamento

del baricentro della risposta sanitaria dall'ospedale al territorio, dove al meglio può esprimersi l'assistenza sanitaria e sociale, è quindi datata e diffusa. Hanno ostato a questo spostamento mille fattori sia natura politica e di convenienza generale sia culturale che hanno avuto l'effetto di rallentare e spesso impedire il processo evolutivo richiamato nelle norme e nei piani sanitari; nel frattempo però, a partire dall'esplosione della crisi economica internazionale del 2008 ed ancora più marcatamente a partire dal 2010, con l'onda lunga della crisi economica internazionale abbattutasi sul debito del nostro Paese ed i vincoli di finanza pubblica imposti a livello europeo, la riduzione del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale ha provocato l'esplosione delle Regioni più fragili, già duramente provate dai deficit e debiti precedenti.

Si è così avviata una fase di interventi, articolati ed urgenti, tra i quali si è inserito il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189, *c.d. Decreto Balduzzi*, che ha comportato modifiche all'art. 8, comma 1, D. Lgs. 502/92 s.m.i..

Di seguito un estratto dell'articolo 1 - *Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie* - del Decreto.

Le Regioni:

✓ *definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria* promovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali,

✓ *disciplinano unità multiprofessionali* privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali:

- dotati di strumentazione di base,
- aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione,
- che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere,

✓ *assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informatico nazionale* (inclusa tessera sanitaria e ricetta telematica).

Le *aggregazioni funzionali territoriali (AFT)* sono forme organizzative monoprofessionali che condividono in forma strutturata:

- obiettivi e percorsi assistenziali,
- strumenti di valutazione della qualità assistenziale,
- linee guida,
- audit e strumenti analoghi.

Le *unità complesse di cure primarie (UCCP)* sono forme organizzative multiprofessionali che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con SSN, degli infermieri, delle professionalità



ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Le AFT e le UCCP erogano l'assistenza primaria attraverso **personale convenzionato con il SSN**, costituito principalmente da:

- ✓ MMG,
- ✓ PLS,
- ✓ Specialisti ambulatoriali.

Sono sviluppate nell'ambito **dell'organizzazione distrettuale**.

Le convenzioni nazionali (ACN) stabiliscono gli standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, l'accessibilità e la continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi. Entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge è richiesto l'adeguamento degli ACN di MMG, PLS e specialisti ambulatoriali. Entro i successivi 90 giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, è prevista la definizione degli accordi regionali attuativi. Decorso il termine il Ministero della Salute emana, nel more della conclusione delle trattative, disposizioni per l'attuazione dei principi della Legge.

Gli elementi qualificanti del decreto possono quindi essere così di seguito riassunti:

- **Responsabilità organizzativa regionale** finalizzata a promuovere l'integrazione con il sociale e i servizi ospedalieri
- **Integrazione** mono-professionale e multi-professionale
- Articolazione **"h24"** della rete assistenziale socio sanitaria territoriale, **nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio**
- **Ruolo unico ed accesso unico per tutti i professionisti medici** nell'ambito della propria **area convenzionale** (medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali)
- Possibilità di **finanziamento a budget** per talune prestazioni delle forme organizzative multiprofessionali UCCP
- **Identificazione**, da parte delle aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, degli **obiettivi** e definizione di programmi concordati di attività **in forme aggregative**
- Introduzione di **standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali**, all'accessibilità ed alla continuità delle cure
- **Adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo**, al **sistema informativo** definito da ciascuna Regione **e al sistema informativo nazionale** compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche
- **Rinvio al Patto per la salute** per la valorizzazione delle attività remunerate svolte dai medici in formazione MG

## 2.1 Ambito organizzativo delle cure primarie

L'ambito organizzativo specifico delle cure primarie è il distretto da intendersi come articolazione dell'area territoriale dove opera l'unità sanitaria locale (azienda sanitaria locale o altra dizione utilizzata) e nella quale avviene la programmazione dei servizi e l'erogazione dei servizi ai cittadini.

Le cure primarie sono erogate nell'ambito dell'assistenza distrettuale prevista dai Livelli essenziali di assistenza (LEA) ossia le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

***L'articolo 2 (Competenze regionali) del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - Riordino della disciplina in materia sanitaria – e ss.mm.ii.*** indica che spettano alle Regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera; in particolare, spettano alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute. Secondo l'articolo 2-sexies, la Regione disciplina altresì:

- a) ***l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali***, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera,
- b) ***la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti*** tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione.

Il successivo articolo 3-quater (Distretto) richiede che sia garantita per il distretto una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la Regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

Di seguito si riportano, riferiti all'anno 2011, il numero di distretti, la superficie media e la popolazione media delle 19 Regioni e 2 province autonome.

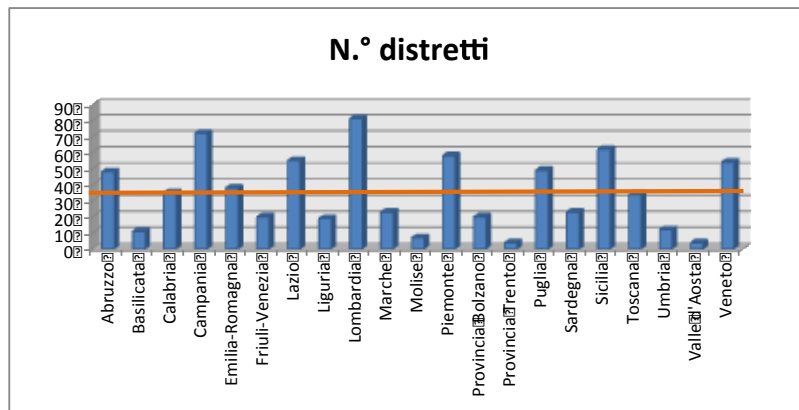


Figura 2.2  
 Fonte: ISTAT 2011

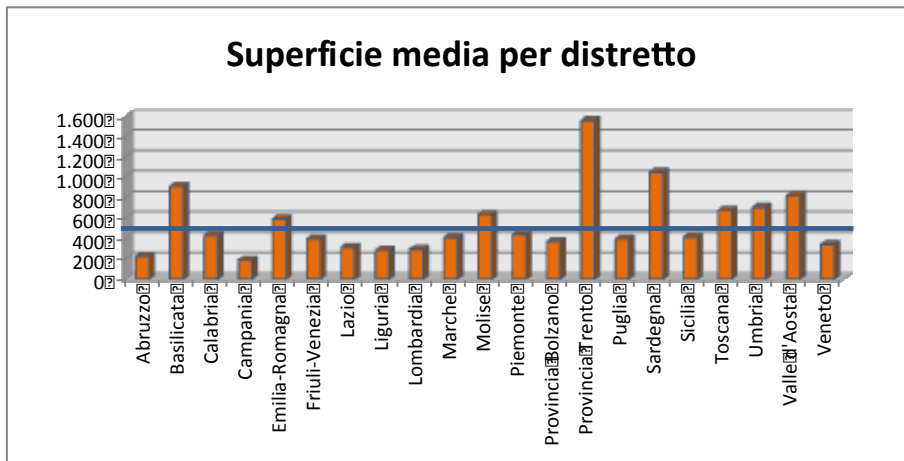


Figura 2.3  
 Fonte: ISTAT 2011

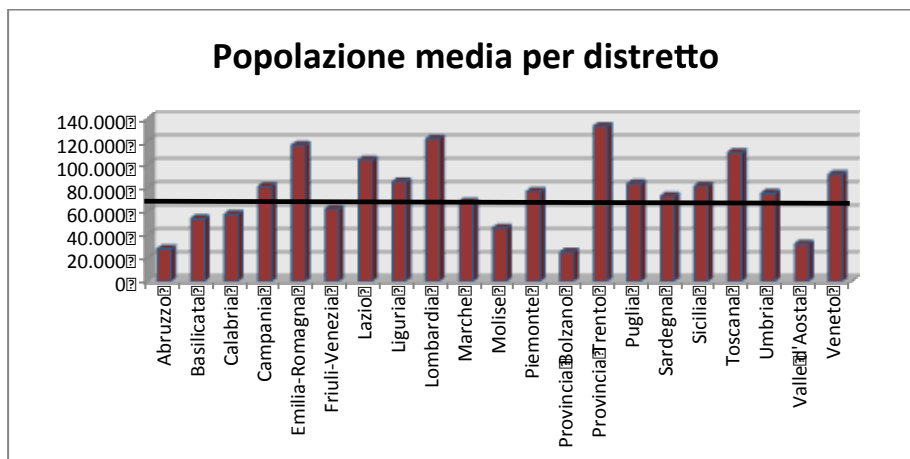


Figura 2.4  
 Fonte: ISTAT 2011

L'articolo 3-quinquies (Funzioni e risorse del distretto) richiede alle Regioni di regolamentare l'organizzazione del distretto in modo da garantire:

a) *l'assistenza primaria*, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;

b) *il coordinamento* dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extra ospedaliere accreditate;

c) *l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle *prestazioni sociali di rilevanza sanitaria* se delegate dai comuni.

Il comma 2 dello stesso articolo integra le funzioni, riportando che il distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Nel successivo comma 3 sono ulteriormente ricordate le funzioni d'integrazione del distretto con il territorio attraverso la collocazione funzionale delle articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

Il decreto, sempre all'interno degli articoli dedicati al distretto, in particolare all'articolo 3-septies, affronta *il tema dell'integrazione sociosanitaria*, esplicitando le definizioni di prestazioni sociosanitarie<sup>2</sup>, prestazioni sociosanitarie a rilevanza sociale<sup>3</sup>, quelle a rilevanza sanitaria<sup>4</sup> e le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> Attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

<sup>3</sup> Attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite.

<sup>4</sup> Attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

<sup>5</sup> Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

L'articolo rinvia quindi all'atto di indirizzo e coordinamento di cui *all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419*, l'identificazione delle prestazioni da ricondurre alle tipologie di prestazioni sociosanitarie a rilevanza sociale e a rilevanza sanitaria, precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni, e prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria<sup>6</sup>.

L'articolo attribuisce alla *competenza delle aziende sanitarie l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria*, comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria e a quella dei *Comuni l'erogazione delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* che provvedono al loro finanziamento e richiede alle *regioni* di determinare il *finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

Infine, l'articolo sottolinea il ruolo delle Regioni nel disciplinare i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti finalizzati alla gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

E' chiaro che la portata delle funzioni attribuite ai distretti risulta significativa e si può incorrere, proprio per la visione molto localizzata del singolo distretto, in una gestione delle prestazioni non uniforme territorialmente; per gestire questo potenziale limite, è prevista la costituzione di un dipartimento cure primarie all'interno di ogni singola Azienda sanitaria, che sia in grado di realizzare un "governo" il più possibile omogeneo ed efficace delle attività di assistenza primaria.

Il dipartimento predispone i piani di intervento specifici per le diverse aree assistenziali e la gestione unitaria delle risorse umane e professionali; programma e verifica accessibilità, qualità ed adeguatezza delle prestazioni. Il dipartimento di cure primarie deve garantire:

- omogeneità dell'offerta di servizi distrettuali,
- supporto all'analisi del bisogno socio-sanitario,
- sviluppo di percorsi assistenziali omogenei su tutto il territorio,
- azioni per lo sviluppo dei professionisti operanti a livello territoriale,
- azioni per l'integrazione tra territorio ed ospedale.

Si configura, quindi, come l'articolazione organizzativa in grado di sviluppare i contenuti delle attività distrettuali nonché di coordinamento tra distretti e Azienda e di elaborare politiche congiunte sul governo della domanda, mantenendo a livello centrale la gestione degli aspetti di direzione tecnica e amministrativa di carattere generale.

---

<sup>6</sup> A tal riguardo, si rinvia all'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie vigente alla data del 30 novembre, è quello del D.P.C.M. del 14 febbraio 2001.

## 2.2 Sostenibilità economica ed equità del sistema

Il finanziamento del sistema sanitario pubblico a causa dell'incidente e perdurante crisi economica del Paese, e delle conseguenti difficoltà della finanza pubblica, si trova di fronte a scelte strutturali e difficilmente procrastinabili.

Il sistema sanitario nazionale si basa su alcuni principi ispiratori di fondo:

- **Universalità di accesso** ossia l'indipendenza dell'accesso rispetto alla singola disponibilità finanziaria,
- **Eguaglianza** sia a livello territoriale che economico,
- **Condivisione del rischio finanziario** ossia che il contributo individuale è indipendente dalle malattie e dai servizi ricevuti.

In Italia, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), finanziato tramite le entrate della tassazione generale, è entrato in vigore nel 1978. La responsabilità per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi è delle 19 Regioni e delle 2 province autonome, cui resta la responsabilità per l'eventuale deficit ed il conseguente ricorso alla fiscalità aggiuntiva. La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed il quadro di riferimento per la pianificazione sono stabiliti invece a livello centrale mentre la ripartizione delle risorse, sulla base di criteri oggettivi, viene definito a livello di Intesa annuale in sede di Conferenza Stato-Regioni. Le Regioni dunque erogano i servizi sanitari sulla base dei trasferimenti di risorse pubbliche statali con l'integrazione, definita a livello regionale, di ulteriori entrate come la richiamata tassazione integrativa regionale ed i ticket richiesti ai cittadini per l'assistenza farmaceutica ed ambulatoriale.

Lo Stato determina annualmente il fabbisogno sanitario, ossia il livello complessivo di risorse da destinare al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tenuto conto degli obiettivi di finanza pubblica. Il fabbisogno si basa tradizionalmente sui dati storici, variati in aumento o in diminuzione in ragione della situazione della finanza pubblica. Negli ultimi anni le variazioni sono state in diminuzione, come risulta dai "tagli" in Sanità a seguito delle manovre finanziarie 2010 – 2012, come indicato nella tabella seguente.

2011	2012	2013	2014	2015	Totale 2011-2015
€ 1.865	€ 3.932	€ 8.002	€ 11.552	€ 6.202	€ 31.553

Tabella 2.1 - Effetti delle manovre finanziarie sul Finanziamento Sanitario Nazionale  
 Fonte: Conferenza Regioni e PA – Audizione parlamentare 24 luglio 2013 / Atti parlamentari

L'ammontare di risorse finanziarie pubbliche così definito viene utilizzato per garantire ai cittadini l'integrale copertura delle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA).



Il fabbisogno nella sua quota maggioritaria “indistinta” - esiste anche una quota minoritaria “vincolata” al perseguimento di determinati obiettivi sanitari - è finanziato dalle seguenti fonti<sup>7</sup>:

- ***i ricavi e le entrate proprie delle aziende sanitarie***: ricavi derivanti dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati, della Regione e al di fuori della Regione di appartenenza, e da altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, etc. In tale voce sono ricompresi i ticket introitati direttamente e le compartecipazioni per l'attività libero professionale svolta all'interno delle aziende sanitarie. In sede di riparto, tali entrate sono computate a livello convenzionale, in misura dunque inferiore a quella effettivamente registrata a consuntivo;

- ***le risorse derivanti dall'IRAP e dall'addizionale regionale IRPEF***: tali entrate sono imputate a copertura del fabbisogno in base alle stime disponibili al momento del riparto: in sede di conguaglio, l'eventuale minor gettito è compensato a valere della compartecipazione IVA, mentre eventuali eccedenze rispetto alle previsioni sono riversate all'entrata del bilancio dello Stato. Le stime del gettito IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF sono calcolate ad "aliquota standard": esse non tengono quindi conto delle maggiori entrate derivanti dalle manovre fiscali disposte dalle Regioni in disavanzo e/o da quelle che intendono assicurare un livello di prestazioni sanitarie integrativo rispetto ai LEA;

- ***il Fondo per il fabbisogno sanitario di cui al decreto legislativo n. 56/2000 (Fondo perequativo nazionale)***: le risorse del Fondo, alimentato dall'IVA, insieme all'accisa sulla benzina, vengono assegnate alle sole Regioni a statuto ordinario (RSO), con il fine di compensare la minore capacità impositiva di alcune Regioni rispetto a valori prefissati o standard ed a favorire le Regioni più penalizzate da squilibri fiscali legati alle imposte pro capite,

- ***gli ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da quello privato***: comprendono le quote di partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle province autonome;

- il Fondo sanitario nazionale, assegnato come quota parte a carico dello Stato per il finanziamento dei LEA in Sicilia, la quota di partecipazione della Regione a copertura del fabbisogno è fissata al 49,1%.

Alle Suddette risorse computate ai fini della copertura del c.d. *fabbisogno indistinto*, si aggiungono:

- ***i fondi vincolati da norme speciali*** al finanziamento di spese sanitarie di competenza regionale inerenti l'esecuzione di particolari attività (ivi compresa la sanità penitenziaria) e il raggiungimento di specifici obiettivi;

- ***i fondi vincolati destinati al finanziamento di alcuni Enti del SSN*** (Enti finanziati con FSN: Croce Rossa Italiana, Cassa DD PP, Università, Istituti Zooprofilattici Sperimentali).

Infine, risorse pubbliche aggiuntive vengono destinate, sulla base di apposite disposizioni legislative, al finanziamento degli investimenti in campo sanitario.

---

<sup>7</sup> Camera dei Deputati – Servizio Studi – La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblici – 17 giugno 2013.

Per ogni esercizio finanziario, in relazione al livello del finanziamento del SSN stabilito, al livello delle entrate proprie, ai gettiti fiscali attesi e, per la Regione siciliana, al livello della compartecipazione regionale al finanziamento, **il finanziamento a carico del bilancio statale nelle due componenti della compartecipazione IVA e del FSN è determinato a saldo**. Di seguito la tabella, che per il 2012, indica la copertura del Fondo Sanitario Nazionale pari a 107,9 miliardi definiti in sede di Intesa Stato-Regioni.

Ricavi e Entrate Proprie convenzionali	1.982
IRAP	30.934
Addizionale Irpef	8.967
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	52.969
Partecipazioni da RSS	8.277
FSN	2.202
<b>Fabbisogno indistinto e quote finalizzate</b>	<b>105.331</b>
Finanziamenti a regioni a destinazione vincolata	1.795
Altri Enti SSN	574
quote accantonate	260
<b>TOTALE finanziamento ex Intesa</b>	<b>107.960</b>

Tabella 2.2 Fonti di finanziamento del SSN - 2012

Fonte: Servizio Studi Camera dei deputati- Spesa sanitaria – giugno 2013: del. CIPE 21 dicembre 2012

Dalla tabella si evince che il 50% del fabbisogno indistinto è finanziato dal fondo perequativo nazionale, e del restante, più della metà è finanziato dal gettito IRAP.

Il finanziamento indistinto, destinato ai LEA, è quindi assegnato ai livelli di assistenza in base alle seguenti percentuali, fissate oramai da diversi anni.

Livelli di assistenza	Sotto livello
Prevenzione	Vaccinazioni e Screening 5%
	Medicina di base 7%
Distrettuale	Farmaceutica 13,57%
	Specialistica 13,30%
	Territoriale 17,13%
Ospedaliera	44%

Tabella 2.3 Criteri di riparto finanziamento LEA

Fonte: Intesa con le Regioni per il riparto disponibilità SSN 2012

Il finanziamento del SSN è successivamente suddiviso nei cosiddetti "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni) proposti dal Ministero della Salute e definiti con Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e recepiti successivamente con delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE.

Il livello di risorse del SSN è pertanto ripartito con indicazione separata delle quote vincolate a destinazioni specifiche (riguardanti, rispettivamente, le Regioni e gli altri enti del SSN) e del fabbisogno indistinto destinate al finanziamento dei

LEA. Quest'ultimo è ripartito secondo il principio della quota capitaria ponderata (per età e per consumi sanitari della popolazione), in base a criteri concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni. A decorrere dal 2013, la ripartizione è prevista sulla base del principio dei costi e fabbisogni standard previsto dal D. Lgs. n.68 del 2011 in materia di federalismo fiscale regionale e di costi e fabbisogni standard sanitari.

REGIONI	Finanziamento (euro)	Composizione %	Fabbisogno pro-capite (euro)
Piemonte	7.911.810.836	7,5	1775,0
Valle d'Aosta	223.481.007	0,2	1742,8
Lombardia	17.197.183.182	16,3	1734,0
P.A. Bolzano	857.885.862	0,8	1689,9
P.A. Trento	910.619.612	0,9	1719,9
Veneto	8.536.405.009	8,1	1728,8
Friuli Venezia Giulia	2.199.314.456	2,1	1779,7
<b>Liguria</b>	<b>3.025.753.139</b>	<b>2,9</b>	<b>1871,5</b>
Emilia-Romagna	7.835.861.938	7,4	1767,9
Toscana	6.674.457.985	6,3	1779,9
Umbria	1.608.695.738	1,5	1774,7
Marche	2.764.186.146	2,6	1765,9
Lazio	9.899.257.038	9,4	1728,0
Abruzzo	2.363.432.276	2,2	1760,6
Molise	569.594.324	0,5	1781,2
Campania	<b>9.811.257.814</b>	<b>9,3</b>	<b>1681,7</b>
Puglia	6.975.132.360	6,6	1704,9
Basilicata	1.023.212.973	1,0	1741,6
Calabria	3.454.475.832	3,3	1717,5
Sicilia	8.601.941.481	8,2	1703,0
Sardegna	2.887.790.537	2,7	1723,6
<b>Totale</b>	<b>105.331.749.545</b>	<b>100,0</b>	<b>1737,4</b>

Tabella 2. 4 - FSN 2012 – Riparto del finanziamento indistinto LEA e della quota finalizzata  
*Fonte: Servizio Studi Camera dei deputati- Spesa sanitaria – giugno 2013: delibera CIPE 21 dicembre 2012*

La Regione con il maggior fabbisogno pro capite è la Liguria mentre quella con il minore è la Campania. La Liguria è del resto la Regione italiana con la maggiore percentuale di anziani oltre 65 anni (26,7% contro una media nazionale del 20,3%) e di quelli oltre 85 anni (4,03% contro una media nazionale 2,76%) mentre la Campania è la Regione con le percentuali minori, rispettivamente il 16,1% ed l'1,9%.

Le Regioni a loro volta assegnano le risorse finanziarie alle aziende sanitarie che le impiegano per garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli Essenziali di Assistenza.

L'assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva ossia il flusso di residenti di competenza che si curano in altre aziende sanitarie o Regioni e della mobilità attiva ossia il flusso di residenti provenienti da altre aziende sanitarie o Regioni.

Sulla base dei meccanismi testé richiamati, il cittadino contribuisce quindi alla spesa sanitaria attraverso la fiscalità generale, in proporzione al proprio reddito, e, laddove non abbia diritto all'esonazione, attraverso il pagamento di uno specifico ticket per alcune prestazioni comprese nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il ticket, introdotto nel 1982, oltre a rappresentare un ulteriore finanziamento dell'assistenza sanitaria, aveva il fine non solo di finanziare il sistema ma anche di limitare il fenomeno dell'inappropriatezza (ad esempio della spesa farmaceutica e dei ricoveri ospedalieri) e responsabilizzare i cittadini in un contesto di scarsità delle risorse pubbliche verso consumi equilibrati e utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

Quale è stata in questi ultimi anni la dinamica del finanziamento e della spesa sanitaria in Italia?

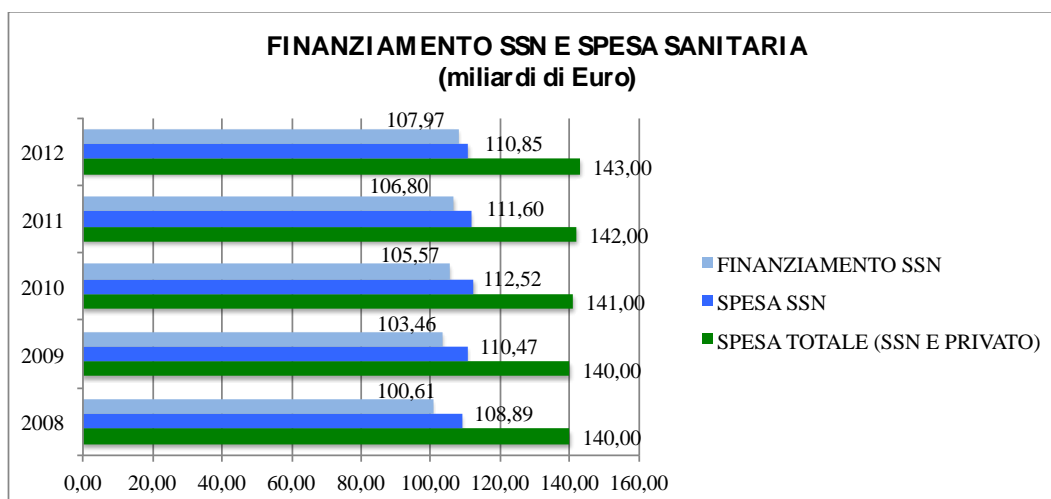


Figura 2. 5 - Dinamica della spesa sanitaria e del finanziamento pubblico  
Fonte: Elaborazione Servizio Studi Camera dei deputati - Spesa sanitaria – 17 giugno 2013

L'**incidenza della spesa a carico del SSN e della spesa sanitaria totale sul PIL** si è mantenuta sostanzialmente invariata pur in un quadro di un Prodotto Interno Lordo (PIL) che, come si diceva in premessa, ha registrato tra il 2011 ed il 2012 una riduzione pari a 0,8% .

	2008	2009	2010	2011	2012
PIL (miliardi di euro)	1.575	1.520	1.553	1.578	1.566
SPESA SSN/PIL	6,9%	7,3%	7,2%	7,1%	7,1%
SPESA TOTALE/PIL	9%	9%	9%	9%	9%

Tabella 2.5

Fonte: Elaborazione Servizio Studi Camera dei deputati - Spesa sanitaria – 17 giugno 2013

Incidenze come si vedrà successivamente lievemente inferiori rispetto alla media OCSE ma che comunque non eliminano alla fonte il tema della sostenibilità economica e finanziaria del sistema sanitario italiano.

Nel 2012 *la spesa sanitaria del SSN* risulta pari a 110,8 miliardi, in lieve diminuzione rispetto al dato consuntivo di 111 miliardi del 2011 e 112,7 miliardi del 2010, determinando quindi un disavanzo di circa 2,9 miliardi, come indicato nella figura seguente.

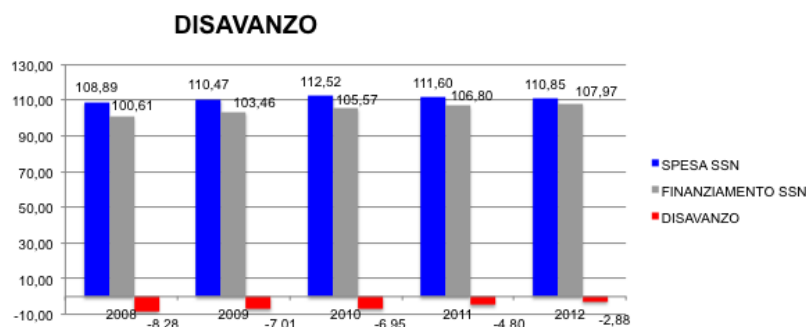


Figura.2. 6

Fonte: Elaborazione Servizio Studi Camera dei deputati - Spesa sanitaria – 17 giugno 2013

La situazione di criticità finanziaria del nostro SSN in termini di sostenibilità economico-finanziaria complessiva è testimoniata dall'attuale situazione di commissariamento di 8 Regioni, di cui 6 commissariate da oltre 6 anni, che si trovano quindi in una situazione di monitoraggio diretto da parte del Governo centrale con il quale ciascuna Regione ha condiviso un apposito Piano di rientro. Le Regioni in Piano di rientro sono:

- ✓ Abruzzo, (2007)
- ✓ Campania, (2007)
- ✓ Lazio, (2007)
- ✓ Molise, (2007)
- ✓ Puglia, (2007)
- ✓ Sicilia (2007)
- ✓ Calabria, (2009)
- ✓ Piemonte, (2010).

Il controllo cui sono sottoposte le Regioni da parte del Governo centrale ha dato, con processi spesso controversi, un certo impulso alle riforme strutturali dei SSR accompagnate da interventi di più breve termine che pur rappresentando una risposta obbligata alla necessità di invertire la tendenza hanno finito in alcuni casi con il mettere a rischio il mantenimento dei LEA.

A tal proposito ad esempio il ticket, più che uno strumento inteso a limitare l'inappropriatezza o gli eccessivi consumi di alcune voci di spesa, è divenuto una pura fonte di finanziamento per il sistema con particolare riferimento per quelle Regioni in deficit che, tra l'altro, registrano sistemi sanitari meno efficienti e che dunque sono chiamate a ricercare le coperture di bilancio a discapito dei cittadini/pazienti mettendo in forse il principio dell'eguaglianza del sistema sanitario nazionale.

Forse oggi con la crisi della finanza pubblica è giunto il momento, non più procrastinabile, per affrontare in modo definitivo il tema della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario italiano e comprendere bene cosa non ha funzionato e cosa invece ha funzionato cercando di trovare un equilibrio rispetto anche a forme integrative di finanziamento privato senza però rinunciare ai principi ispiratori richiamati in premessa. Certo oggi non è più possibile permettere che “cattiva sanità” e deficit strutturali convivano. Si tratta di un tema che riguarda l’intero Paese come del resto si evidenzia dal fatto che nell’occhio del ciclone vi siano anche Regioni del Nord, sebbene la forte concentrazione si registri al centro-Sud. E’ evidente che esistono a monte una serie di patologie e cattive prassi che sono alla base dei deficit prodotti dalle singole Regioni.

In tale scenario, la **spesa sanitaria complessiva** (pubblica e privata) dal 2000 è cresciuta di circa 50 miliardi di euro, attestandosi nel 2012 a 143 miliardi, circa 2.430 € pro-capite, ossia il 9,1% del PIL (lo stesso valore del 2011), leggermente al di sotto della media dei paesi OCSE (media 9,3% nel 2011; Germania 8,4%, la Francia 8,7%, l’Olanda 9,5%).

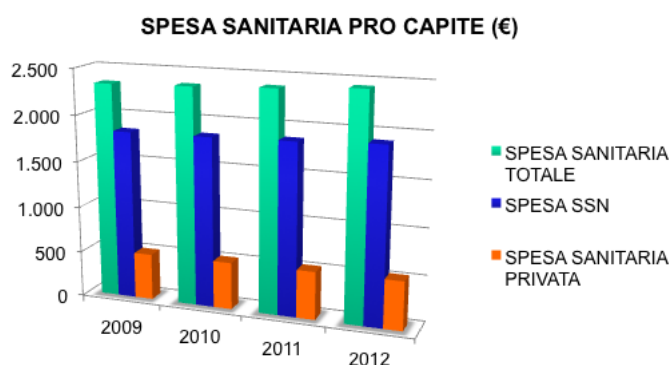


Figura 2.7

Fonte: Conferenza Regioni e PA – Audizione parlamentare 24 luglio 2013 - Atti parlamentari

Mentre la **spesa sanitaria pubblica** pro-capite, pari nel 2012 a circa €1.900,00, ha registrato dal 2009 una lieve crescita pari all’1,3% (al lordo dell’inflazione), la **spesa sanitaria privata pro-capite** è cresciuta maggiormente passando da € 502,00 nel 2009 a € 530,00 nel 2012 (+5,7% al lordo dell’inflazione). La quota di spesa sanitaria privata è:

- per il 95% a carico del cittadino (out-of-pocket);
- intermediata per circa il 5% da fondi e compagnie di assicurazione.



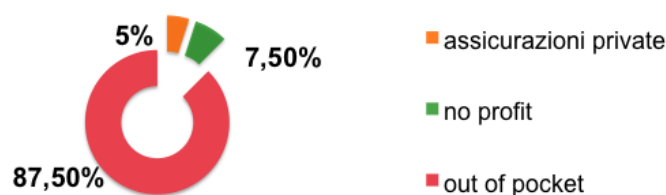
**COMPOSIZIONE SPESA PRIVATA 2010**


Figura 2. 8

Fonte Audizione del Direttore Generale di Confindustria – 16 settembre 2013

SPESA PRO CAPITE (€)	2009	2010	2011	2012
SPESA SANITARIA TOTALE	2.332	2.353	2.383	2.430
SPESA SSN	1.830	1.841	1.862	1.900
SPESA SANITARIA PRIVATA	502	512	521	530

Tabella 2. 5

Fonte Elaborazione da dati OCSE/ Atti parlamentari

Le manovre di finanza pubblica condotte nello scorso triennio per il contenimento del deficit pubblico hanno avuto l'effetto di stabilizzare in termini nominali la spesa per il SSN, e di ridurla sensibilmente in termini reali, le famiglie sono comunque intervenute con esborsi, sia per le visite specialistiche che l'assistenza domiciliare, e più in generale nelle situazioni di cronicità e non autosufficienza.

\*\*\*\*\*

Per la ricostruzione della componente di spesa pubblica rivolta agli anziani e ai disabili non autosufficienti, si parte dall'aggregato noto come spesa per **Long Term Care (LTC)** che include:

- la componente sanitaria,
- la spesa per indennità di accompagnamento,
- la spesa per gli interventi socio-assistenziali,

erogati prevalentemente a livello locale dai comuni singoli o associati per la presa in carico degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe.

L'invecchiamento della popolazione, ed il conseguente aumento della popolazione anziana, si traduce in un maggior consumo di prestazioni di Long Term Care che, sulla base dell'evoluzione demografica, è atteso in espansione in termini di rapporto fra spesa sanitaria per LTC e PIL .

Nel 2012 **la spesa pubblica complessiva per Long Term Care** ammonta all'1,8% del PIL, di cui circa due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni.

La **componente sanitaria** rappresenta il 47% del totale, il 44% è spesa per indennità di accompagnamento, 9% altre prestazioni assistenziali.

**La componente sanitaria della spesa pubblica per LTC 2012 è quindi circa lo 0,9% del PIL, pari al 12% della spesa sanitaria complessiva.**

In assenza di un quadro normativo dedicato, il finanziamento della non autosufficienza è frammentato sui diversi livelli amministrativi quindi Stato, Regione, Provincia e Comuni ciascuno con le loro problematiche di bilancio e finanza pubblica e deve essere necessariamente integrato con la spesa privata effettuata dalle famiglie.

Questa situazione si è andata nel tempo cristallizzando in quanto **la definizione di un quadro normativo dei LEA socio-sanitari non è purtroppo ancora definito**: il tema affrontato nella legge finanziaria del 2003, si incagliò nel 2005 in Commissione tecnica sulla questione del finanziamento dei livelli essenziali. Vi fu un intervento (straordinario) in attesa dei chiarimenti sul finanziamento di tali livelli di assistenza con la finanziaria 2007 che istituì il **Fondo per le non autosufficienze**, presso il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, proprio per la copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria. Ma, anche in questo caso lo stanziamento del fondo, dal 2010, è andato considerevolmente decrescendo:

- nel 2010 sono stati assegnati 400 milioni di euro;
- nel 2011, 100 milioni di euro;
- la legge di stabilità 2013 autorizza la spesa di 275 milioni di euro per l'anno 2013, per gli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da SLA;
- ulteriori 40 milioni confluiranno nel Fondo, dai risparmi attesi dal piano straordinario di verifiche INPS sulle invalidità.

Considerato quanto espresso è possibile affermare che il finanziamento del SSN è equo? Secondo l'OMS, finanziamento equo significa che l'onere che ciascuna famiglia sopporta nel sostenere i costi dei servizi sanitari è proporzionale alla propria capacità di pagare ed indipendente dal rischio di malattia.

Il pagamento dell'assistenza sanitaria può essere iniquo in due differenti modi:

- 1) quando espone le famiglie a rilevanti spese non previste; è questo il caso del pagamento diretto (out of pocket) di prestazioni al momento dell'utilizzazione dei servizi, in assenza di qualche forma di pre-pagamento;
- 2) quando il pagamento dei contributi per fruire dei servizi sanitari è regressivo, ovvero quando i soggetti più poveri pagano proporzionalmente di più rispetto a quelli più ricchi. Ciò avviene nel caso del pagamento out of pocket, ma anche in caso di forme assicurative o di tassazione in cui il contributo non è proporzionale alla capacità di contribuzione bensì al rischio di malattia.

Ed il sistema così come è funzionante oggi garantisce l'eguaglianza sia a livello territoriale che economico?

Dal punto di vista normativo la garanzia dell'effettiva **erogazione sul territorio e dell'uniformità delle prestazioni rese ai cittadini** è disciplinata dal **DPCM 12 dicembre 2001** che fornisce un set di indicatori rilevanti per la valutazione dell'assistenza sanitaria.

I principali riferimenti sono:

- ✓ il richiamato DPCM 2001 che definisce le prestazioni garantite a carico del SSN e viceversa le prestazioni a carico del cittadino,

✓ La Legge n. 311/2004 che demanda ad un regolamento attuativo l'individuazione di standard qualitativi e quantitativi dei LEA,

✓ L'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che prevede una serie di adempimenti ai quali sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN.

A novembre 2005 è stata istituita la Commissione LEA con il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale. A tal riguardo, è prevista l'utilizzo di una griglia di indicatori - dalle coperture vaccinali, agli anziani assistiti a domicilio, ai tassi di ospedalizzazione - che consente di conoscere e cogliere nell'insieme il livello di erogazione dei livelli di assistenza. Se la verifica va a buon fine, le Regioni (dal 2010 sono escluse la Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna) possono accedere alla quota premiale del 3% delle somme dovute a titolo di finanziamento (della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie).

Dall'ultima verifica degli adempimenti LEA risalente al 2011 pubblicata dal Ministero della Salute nel luglio 2013 emerge che:

- 16 Regioni analizzate,
- 44 adempimenti previsti,
- 8 Regioni adempienti: Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto;
- 8 Regioni inadempienti oppure adempienti con criticità: Calabria, Campania, Lazio, Molise, Abruzzo, Puglia, Sicilia e Piemonte (*regioni in piano di rientro*);

Principali criticità :

- ✓ **Sistemi informativi.**
- ✓ Risposta ai *bisogni del territorio* ed *assistenza domiciliare*.
- ✓ **Rischio clinico e liste di attesa.**
- ✓ **Efficienza e appropriatezza della prestazioni.**

Tra gli adempimenti, che sono aumentati nel tempo da 19 del 2005 ai 44 di oggi, **uno dei più rilevanti è quello relativo alla verifica dell'erogazione dei LEA** attraverso indicatori misurabili (c.d. Griglia LEA) e confrontabili con standard di riferimento. I risultati mostrano, per il 2011, 9 Regioni (Basilicata, Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria, Veneto e Piemonte) in grado di garantire l'erogazione dei LEA.

La Commissione dovrebbe valutare inoltre i fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e aggiornamento LEA. Quanto al loro aggiornamento, al pari dei livelli di assistenza socio-sanitaria, si tratta di un tema trattato da diversi anni ma ad oggi non ancora definito:

- ✓ primo tentativo ad aprile 2008
- Schema di decreto del Consiglio dei Ministri – aprile 2008

- Rilievi della Corte dei Conti
- Schema revocato
- ✓ la **L. n.189 dell' 8 novembre 2012 (decreto Balduzzi)** all'art. 5 prevedeva l'aggiornamento dei LEA, con riferimento alle persone affette da malattie croniche, rare nonché da ludopatia, e l'aggiornamento del nomenclatore tariffario, entro 31/05/13
- ✓ nel 2013 si sono ripresi i lavori e il nuovo schema risulta ancora in esame.

In conclusione, nel settore sanitario caratterizzato da molteplici complessità e criticità e dove peraltro spesso l'offerta di servizi finisce per indurre la domanda dei cittadini, una funzione maggiormente potenziata delle cure primarie, così come indicato nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, ossia strumento di governo della domanda dei servizi territoriali e offerta intesa a garantire minore ospedalizzazione e più vicinanza al paziente cronico e non, assume un significato strategico non solo in chiave di sostenibilità economico-finanziaria del sistema ma anche per migliorare la qualità dei servizi resi. In altri termini, gioca un fattore centrale per la sopravvivenza stessa del sistema sanitario pubblico italiano e per le singole Regioni.

***L'appropriatezza dei livelli di assistenza e cura e la lotta alle inefficienze e gli sprechi*** diventano così le due leve principali per il recupero di risorse e la qualificazione dei servizi.

La responsabilità di tutelare il servizio sanitario nazionale, pone, infatti, la necessità di valutare l'efficacia delle prestazioni, riorganizzare le modalità di erogazione delle cure, realizzare meccanismi di integrazione e coordinamento dei vari livelli assistenziali del sistema e permettere la continua interazione con la collettività al fine di sviluppare la partecipazione attiva dei pazienti; infine determinare e identificare le cure necessarie minimizzando i diffusi fenomeni delle inappropriatezze.

Il tema delle risorse scarse e degli elevati costi sanitari (spesso inutili) colloca ancor di più l'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie e fa divenire ancor più strategica l'area delle cure primarie e più in generale dei servizi territoriali.

Cosa si intende per appropriatezza? A ben vedere non si tratta di una dimensione semplice e riconducibile ad un'unica interpretazione, valida in assoluto.

In Italia il termine con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 è diventato uno dei criteri per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (D.Lgs 229/99), sebbene nei documenti legislativi e di programmazione sanitaria non si riscontrino chiare ed univoche definizioni.

Un riferimento importante è la definizione presente nel ***“Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza”*** del luglio 2012 del Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute: “L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito **nei modi e nei tempi adeguati**, sulla base di standard riconosciuti, con un **bilancio positivo tra benefici, rischi e costi**” .

E ove si rifletta per un momento alle scelte di **sostenibilità complessiva del sistema** dal Piano Sanitario Nazionale **2011-2013** ossia:

- processi di **chiusura e di riconversione** dei piccoli ospedali,
- **riduzione e razionalizzazione** dei posti letto di ricovero,
- riconversione delle attività, **de-ospedalizzazione** e potenziamento dell'assistenza sul territorio;

ed alle azioni indicate e ribadite nella **Legge 135/2012 art. 15 comma 13 – Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica - Spending review:**

- **riduzione standard posti letto:** 3,0 posti letto per acuti ogni mille abitanti e 0,7 posti letto di riabilitazione e lungodegenza per mille abitanti (*a carico strutture pubbliche per una quota non inferiore al 50 %*) con un effetto complessivo di riduzione del 7% dei posti letto per acuti (circa 7.000 posti letto) e una necessità di incremento del 18,5% di posti letto per post acuti,
- **riduzione tasso di ospedalizzazione** 160 per mille abitanti di cui il 25% per DH,

- **timing** per provvedimenti regionali di riconduzione agli standard, è possibile affermare che esiste **una reale opportunità di discontinuità**, ancorché in presenza di forti vincoli e criticità, e modificare l'assetto dell'offerta sanitaria, in termini di maggiore potenziamento dei servizi territoriali e delle cure primarie, in modo da adeguarla alle reali esigenze dei cittadini.

<b>DAL LATO DELLO STATO E DELLE REGIONI</b>	<b>DAL LATO DEI CITTADINI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Crisi della finanza pubblica e tagli del finanziamento del SSN</li> <li>⊙ Crisi delle Regioni</li> <li>⊙ 8 Regioni commissariate con piani di rientro con impatti sui LEA</li> <li>⊙ <i>Spending review</i>, riconversione dei piccoli ospedali e riduzione dei posti letto per ricovero</li> <li>⊙ Consapevolezza crescente di una via alternativa alle cure ospedaliere incentrata sul territorio</li> <li>⊙ Attesa per il nuovo Patto della Salute</li> <li>⊙ Attesa per i nuovi LEA e LIVEAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Cronicità, fragilità e nuove patologie emergenti</li> <li>⊙ Frammentazione dei servizi e tradizionale debolezza dei servizi sul territorio</li> <li>⊙ LEA a rischio</li> <li>⊙ Liste di attesa critiche</li> <li>⊙ Aumento dei ticket e delle spese per il cittadino in un contesto di crisi economica che porta anche a rinunciare alle cure</li> </ul>

### 2.3 Assistenza sanitaria di base ed associazionismo

L'assistenza sanitaria di base comprende:

- medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare,
- continuità assistenziale notturna e festiva,
- guardia medica turistica.

Ogni cittadino iscritto al Servizio Sanitario Nazionale ha diritto ad un ***medico di medicina generale, chiamato anche medico di base o medico di famiglia.***

Come si diceva in precedenza, l'assistenza sanitaria di base è il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.

In totale, i professionisti delle Cure Primarie (dati 2010) sono oltre 92.800<sup>8</sup>:

- 67.253 comparto medicina generale,
- 7.717 comparto pediatri di libera scelta,
- 15.620 specialisti ambulatoriali,
- 2.171 biologi, chimici, psicologi, veterinari.

Il comparto della medicina generale, che rappresenta circa il 73% del totale della medicina convenzionata, è così composto:

- 46.064 Assistenza primaria
- 16.481 Continuità assistenziale
- 2.717 Emergenza sanitaria territoriale (118)
- 1.991 Medicina dei servizi.

I medici di medicina generale sono professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale la cui attività è diretta agli assistiti di età superiore ai 14 anni e si sostanzia in visite mediche ambulatoriali, domiciliari, occasionali in località diverse dalla residenza, rilascio di certificazioni obbligatorie, prescrizioni di farmaci e assistenza integrativa, richiesta di visite specialistiche, di ricoveri, di cure termali e definizione e gestione dell'assistenza domiciliare ad anziani e non deambulanti.

Il medico di medicina generale di regola può seguire non più di 1.500 assistiti, salvo deroghe.

---

<sup>8</sup> Seminario di confronto tra le Regioni - Progetto Operativo di Assistenza Tecnica – POAT Salute - Forme e modalità di aggregazione dei MMG in rapporto alla rete ospedaliera e territoriale – febbraio 2013



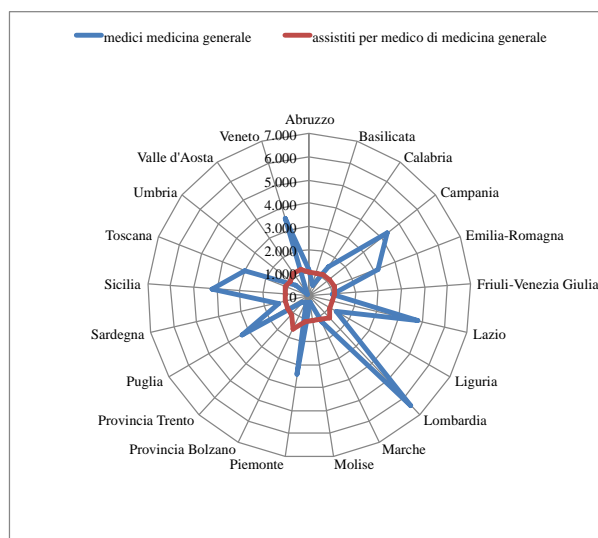


Figura 2. 9 - Numero di Medici Medicina Generale e Assistiti per MMG – anno 2011  
Fonte: ISTAT 2011

Sebbene il numero di assistiti per MMG abbia il limite massimo di 1.500 pazienti, il dato medio nazionale è significativamente al di sotto di tale soglia: **1.129 assistiti per medico**; a livello territoriale, se si esclude il caso della provincia autonoma di Bolzano con un numero medio di 1.583 assistiti per medico, la variabilità regionale passa da 1.022 in Umbria a 1.317 in Lombardia.

I pediatri di libera scelta sono professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che svolgono la medesima attività dei medici di medicina generale verso gli assistiti in età cosiddetta pediatrica (0-14 anni).

Il pediatra può seguire di regola non più di 800 assistiti, ma possono essere concesse deroghe in relazione a particolari situazioni locali o familiari.

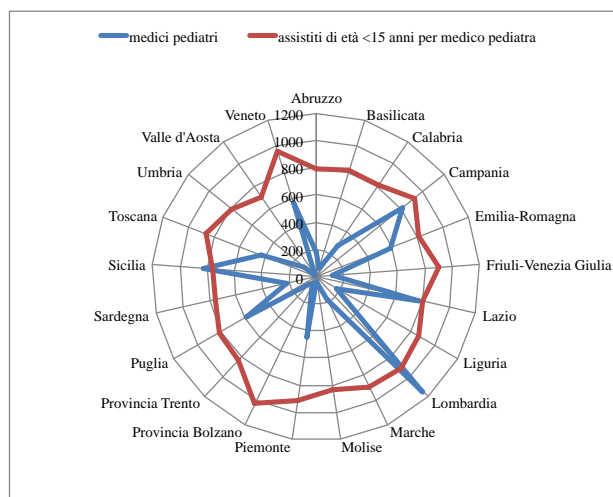


Figura 2. 10 - Numero di Pediatri di Libera Scelta e Assistiti per PLS– anno 2011  
Fonte: ISTAT 2011

Per quanto riguarda l'offerta di medici pediatri, sul territorio nazionale nel 2011 operano circa 7.700 medici pediatri; **il numero medio di assistiti per pediatra è pari a 848**; anche in questo caso, se si esclude il valore alto della provincia autonoma di Bolzano, pari a 1.029 assistiti per pediatra, la variabilità regionale passa da 708 bambini assistiti in Valle d'Aosta a 967 assistiti in Veneto.

Medici di famiglia e pediatri di libera scelta, in base al loro contratto di lavoro con il Sistema Sanitario Nazionale, prestano il loro servizio per 5 giorni a settimana ed in una fascia oraria limitata.

La continuità dell'assistenza ai cittadini, quando il proprio medico di famiglia non è nella fascia operativa, è assicurata dal **servizio di Continuità assistenziale (l'ex Guardia medica)**, che garantisce l'assistenza medica di base per situazioni che rivestono carattere di non differibilità, cioè per quei problemi sanitari per i quali non si può aspettare l'apertura dell'ambulatorio del proprio medico o pediatra e che non esigono, almeno in una valutazione preliminare, l'attivazione della rete di emergenza. Il medico di continuità assistenziale può:

- effettuare visite domiciliari,
- prescrivere farmaci indicati per terapie non differibili o necessari alla prosecuzione della terapia la cui interruzione potrebbe aggravare le condizioni della persona,
- rilasciare certificati di malattia in casi di stretta necessità e per un periodo massimo di tre giorni,
- proporre il ricovero in ospedale.

Il radicale cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato, nell'attuale evoluzione demografica ed innalzamento dell'età media, **dall'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza**, ha spinto, non sempre convintamente e con processi lineari, alla ricerca di nuovi percorsi assistenziali basati su un approccio multidisciplinare del paziente tali da assicurare, attraverso meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali, l'effettiva continuità delle cure.

Si è assistito negli anni ad esplicite dichiarazioni di promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari – basti leggere i contenuti dei documenti di pianificazione regionale – definendo nuove linee di tendenza e tracciando nuovi assetti organizzativi in grado di rispondere, in maniera appropriata, ai reali bisogni dei cittadini. Purtroppo non sempre tali dichiarazioni si sono trasformate in nuovi progetti e nuove iniziative e lo spostamento di risorse e servizi sul territorio, necessari per adeguare l'offerta sanitaria, riequilibrandola rispetto al peso dell'ospedale, è rimasto al palo. L'attenzione si è spesso esclusivamente incentrata sui Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ai quali nella sostanza è stato richiesto un ruolo diverso rispetto al passato. Orbene se è vero che occorre partire dalla categoria dei MMG e PLS che devono evolvere il loro approccio alle cure ed assistenza e soprattutto devono trovare nuovi assetti organizzativi intesi a garantire standard professionali omogenei, e ciò indipendentemente dalla libera proattività del singolo professionista e dalla sua professionalità, non è possibile

pensare che il territorio possa e debba essere solo medico curante, singolo o associato. L'azione deve svilupparsi in estrema sintesi lungo due binari: da un lato, politiche regionali intese a ***creare reali aggregazioni professionali che molto meglio del singolo professionista possono rispondere alle richieste dei cittadini***, dall'altro, politiche intese a ***riequilibrare le offerte tra la componente ospedaliera e quella territoriale sanando la frattura oggi esistente***. Peraltro, dal buon funzionamento dell'una ne deriva un effetto positivo per l'altra e viceversa.

Sul ruolo complesso ed essenziale che i medici di famiglia ricoprono nei sistemi sanitari, la Società Europea di medicina generale/di famiglia, Wonca Europa, ha redatto la definizione e le competenze del Medico di famiglia; la prima versione, del 2002, è stata oggetto di due aggiornamenti dei quali l'ultimo è del 2011.

<p>I. La disciplina della medicina generale ha le seguenti caratteristiche :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute...;</li> <li>- fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, ..., agendo da interfaccia con altre specialità .....</li> <li>- sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;</li> <li>- promuove la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (<i>empowerment</i>).....;</li> <li>- ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;</li> <li>- prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza delle malattie in quella precisa comunità;</li> <li>- gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;</li> <li>- .....</li> <li>- promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;</li> <li>- ha una responsabilità specifica della salute della comunità;</li> <li>- si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.</li> </ul>
<p>II. La specialità della medicina generale/medicina di famiglia</p> <p>I medici di medicina generale.... sono medici di fiducia del singolo individuo, principalmente responsabili dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona ..... Essi curano gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura, rispettando sempre l'autonomia dei propri pazienti. .... I medici di medicina generale/medici di famiglia esercitano il loro ruolo professionale promuovendo la salute, prevenendo le malattie, fornendo terapie, cure o interventi palliativi e promuovendo la responsabilizzazione del paziente e l'autogestione della propria salute (<i>empowerment</i>).</p>
<p>III. Le Competenze Costitutive del Medico di Medicina Generale.</p> <p>Possono essere raccolte in sei competenze costitutive (con riferimento alle loro caratteristiche):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestione delle cure primarie (a, b)</li> <li>2. Cure centrate sulla persona (c, d, e, f)</li> <li>3. Abilità specifiche nel problem solving (g, h)</li> <li>4. Approccio integrato (i, j)</li> <li>5. Orientamento alla comunità (k)</li> <li>6. Utilizzo di un modello olistico (l)</li> </ol> <p>.....Trattandosi di una disciplina scientifica centrata sulla persona tre caratteristiche aggiuntive dovrebbero essere considerate fondamentali nell'applicazione delle competenze costitutive:</p> <p>a) una sensibilità al Contesto...;</p>

- b) un'Attitudine, fondata sulle capacità professionali del medico, sui suoi valori e sulla sua etica;  
c) un approccio Scientifico.

Fonte: *La definizione europea della medicina generale– WONCA Europe – Edizione 2011*

L'importanza della relazione tra i cittadini ed il medico di famiglia ed il pediatra di libera scelta è quindi ben nota. La riconduzione dell'assistenza ospedaliera alla sola fase acuta, con lo spostamento di prestazioni nell'area dell'assistenza territoriale ha, come conseguenza diretta, da un lato, lo **sviluppo di strutture multifunzionali esterne** che erogano servizi residenziali con prestazioni differenziate a contenuto sanitario, dall'altro, il **superamento della tradizionale funzione passiva del MMG e dei PLS** in cui il medico "attende" il paziente all'interno del proprio ambulatorio.

Le nuove esigenze dei cittadini, dettate ad esempio dalla crescente incidenza delle patologie croniche, richiedono al medico di medicina generale, unitamente ad altri professionisti in *equipe*, di trasformare la sua azione in forma più attiva e propositiva, anche per garantire le attività di prevenzione e monitoraggio che non solo garantiscono continuità delle cure ma incidono pesantemente sui costi sanitari del sistema.

La strada tracciata è dunque orientarsi verso forme di associazionismo professionale all'interno di politiche di sviluppo territoriali che **diversifichino l'offerta sanitaria in una logica di continuità** nella quale la fase acuta del ricovero ospedaliero risulti un passaggio, possibilmente limitato nel tempo, all'interno di un percorso territoriale continuo ed integrato. Nulla a che vedere quindi con il ricovero con un carico assistenziale improprio o peggio di esclusiva motivazione sociale.

L'associazionismo negli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) è presente fin dal lontano 2000.

**L'ACN del 2000**, ha introdotto le forme semplici di associazionismo, già presenti in via sperimentale sul territorio:

- ✓ Medicina in associazione semplice (contingentata al 40%),
- ✓ Medicina in rete ( al 7%),
- ✓ Medicina in gruppo ( al 6%).

**L'ACN del 2005**, ha ripreso il tema delle forme di associazionismo e ha introdotto:

- Art. 26:

- ✓ *Equipe* Territoriali, struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute (MMG, PLS, MCA, infermieri, assistenti sociali, staff), per assicurare intersettorialità e integrazione interventi socio-sanitari – h24, 7/7

- ✓ UTAP in via sperimentale, presidi integrati per le cure primarie, formati dall'associazione di più medici convenzionati che operino in sede unica, garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica.

- Art. 54: Medicina in associazione, in rete e di gruppo

in associazione	in rete	di gruppo
No sede unica	No sede unica	Sede Unica articolata in più studi medici
Mantenimento attività presso rispettivi studi	Collegamento reciproco degli studi con sistemi informatici Gestione scheda sanitari individuale su supporto informatico Gestione informatica comune della scheda sanitaria via telematica	Utilizzo supporto tecnologico e strumentale comune Gestione scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete Utilizzo di personale di segreteria o infermieristico comune
Minimo 3 Max 10	Minimo 3 Max 10	Minimo 3 Max 8
Almeno uno studio fino alle 19.00	Almeno uno studio fino alle 19.00	Aperto fino alle 19.00
Confronti professionali e condivisione linee guida	Confronti professionali e condivisione linee guida	Confronti professionali e condivisione linee guida

Tabella 2.11 – Principali caratteristiche dell'associazionismo

Fonte: "L'assistenza primaria in Italia, dalle condotte mediche al lavoro di squadra", a cura del GISAP

L'organizzazione delle varie forme di associazionismo si intende sempre **su base distrettuale** (ambito territoriale di scelta da parte del cittadino).

L'ACN del 2009 ha introdotto 4 nuovi articoli:

- ✓ 26bis: Aggregazioni funzionali della Medicina Generale
- ✓ 26ter: Unità Complesse di Cure Primarie
- ✓ 59bis: Flusso Informativo
- ✓ 59ter: Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica

L'art 78 viene integrato con la previsione di:

- 1) adesione alle aggregazioni funzionali e alle unità complesse delle cure primarie di cui rispettivamente agli artt. 26 bis e 26 ter;
- 2) adempimenti di quanto previsto all'art. 59 ter.

	Mono professionali	Multi professionali	Funzionali	Strutturali
AFT	X		X	
UCCP		X		X

Tabella 2.12 – Caratteristiche principali AFT e UCCP

Fonte: elaborazione ACN 2009

Secondo l'Accordo Collettivo Nazionale, **precedente al decreto Balduzzi**, gli elementi di riferimento per le AFT sono:

- ✓ integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza,
  - ✓ partecipazione obbligatoria,
  - ✓ popolazione assistita non superiore a 30mila,
  - ✓ numero di medici non inferiore a 20,
- e promuovono:



- equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei LEA, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche;
- l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari;
- modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private.

Per le UCCP gli elementi di riferimento sono:

- ✓ integrazione tra Medici di Medicina Generale ed altri professionisti ed operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi
- ✓ sede unica o sede di riferimento nell'ambito dell'organizzazione distrettuale.

Le UCCP:

a) assicurano:

- l'erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del PS;
- la continuità dell'assistenza nel territorio, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici.

b) perseguono l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;

c) sviluppano la medicina d'iniziativa, con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;

d) contribuiscono all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.



La situazione che si può delineare a seguito dell'analisi effettuata è rappresentata sinteticamente dalla seguente tabella:














































Regioni	AFT	UCCP
Abruzzo		
Basilicata		
Provincia Bolzano		
Calabria		
Campania		
Emilia Romagna		
Friuli Venezia Giulia		
Lazio		
Liguria		
Lombardia		
Marche		
Molise		
Piemonte		
Puglia		
Sardegna		
Sicilia		
Provincia di Trento		
Toscana		
Umbria		
Val d'Aosta		
Veneto		

Tabella 2.13 – Sintesi analisi AFT e UCCP

Fonte: *elaborazione*

#### Legenda

-  Programmata, in fase sperimentale, avviata
-  Valutazione controversa
-  Nessuna informazione disponibile o nessuna previsione

Solo in quattro Regioni sono state previste sia AFT che UCCP.

### AFT

- **7 regioni** le hanno avviate o comunque si muovono verso sperimentazioni di associazionismo complesso,
  - **2 regioni** avevano già aggregazioni assimilabili (Nuclei di Cure Primarie)
  - **5 regioni**, non hanno indicato nei documenti una chiara valutazione,
  - **7 regioni**, non le hanno menzionate o non le hanno pianificate.
- 
- Le Regioni hanno avviato le attività in tempi diversi
  - In un solo caso, l'Accordo integrativo regionale ha recepito l'associazionismo AFT
  - Obiettivi simili, anche se terminologie diverse, ossia:
    - ✓ avere una distribuzione sul territorio capillare
    - ✓ prendere in carico i pazienti cronici, fragili
    - ✓ riuscire a garantire le prestazioni anche in situazioni di forte criticità finanziaria

Alcuni esempi:

- ✓ la **Lombardia** sta sperimentando l'associazionismo di rete con i **CreG (Chronic Related Group)** che prevedono una tariffa e la valutazione periodica dell'efficacia clinica,
- ✓ la **Puglia**, investe le risorse nell'aggregazione di MMG mediante i **Centri Polifunzionali Territoriali**, lasciando per il momento in sospeso la pianificazione di Unità Complesse di Cure Primarie, ad oggi 2 Centri Polifunzionali Territoriali,
- ✓ **l'Emilia Romagna** ha istituito 216 **Nuclei di Cure Primarie**, a partire dal 2008, e nel luglio 2011, con delibera di Giunta Regionale, ha assimilato i Nuclei alle AFT previste nell'ACN 2009,
- ✓ **la PA Trento** ha previsto di istituire **25 AFT** entro il 2017,
- ✓ **il Veneto** ha previsto un passaggio da UTAP a **AFT**, ipotizzandone la costituzione di almeno 20 entro la fine del 2014,
- ✓ **il Piemonte** conferma la sua volontà di spingere verso l'associazionismo e identifica il CAP come punto di riferimento per le cure primarie, intorno al quale devono ruotare le AFT.

### UCCP/Case della Salute

- **10 regioni** le hanno già realizzate o hanno progetti in corso,
  - **3 regioni** non hanno indicato nei documenti una chiara valutazione,
  - **8 regioni** non le hanno menzionate o non le hanno pianificate
- 
- I servizi sanitari, socio-sanitari erogati sono diversi sebbene le Regioni si pongano l'obiettivo di creare strutture:
    - ✓ a vocazione multi funzionale,



- ✓ a gestione multi professionale,
- ✓ con assistenza h24,
- con integrazione delle attività svolte a livello distrettuale dai professionisti che contribuiscono alla salute (benessere) del cittadino.

Alcuni esempi:

- ✓ in **Sicilia**, già prima del Decreto Balduzzi, si è optato per la creazione dei **PTA (Presidi Territoriali di Assistenza)** strutture (fisiche) erogatrici di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari ( oggi 50, in futuro 60), presso le quali sono situati gli Ambulatori a Gestione Integrata dove si recano circa l'80% dei MMG per la gestione dei cronici ( 2 progetti BPCO e Diabete Mellito),
- ✓ in **Toscana**, Regione sostenitrice delle **Case della Salute**, già prima del decreto, ne erano state realizzate 20 delle 100 pianificate; nella singola struttura è presente una *equipe* multidisciplinare socio-sanitaria e viene realizzata l'assistenza ai malati cronici **attraverso l'approccio Chronic Care Model**,
- ✓ il **Piemonte**, dopo l'avvio nel 2008 della sperimentazione delle Case della Salute (oggi attive circa 23), ha deciso di chiudere la sperimentazione e ha deliberato la **creazione dei Centri di Assistenza Primaria** (oggi attivi 3 e 3 in avvio), formule organizzative più integrate tra medicina generale, medicina di continuità e specialistica che fungono da punti di riferimento per le cure primarie. La priorità di intervento è stata data ai progetti che considerano la **riconversione di strutture già esistenti, piccoli presidi ospedalieri**,
- ✓ anche la **Campania** si è mossa in questa direzione privilegiando la **riconversione di strutture ospedaliere**, in particolare 7 strutture sono diventate Strutture Polifunzionali per la Salute, centri attivi a favore della comunità locale per la salute ed il benessere;
- ✓ il **Lazio**, a sua volta, prevede la realizzazione di **circa 25 Case della Salute** localizzate **in ospedali da riconvertire** con tempi comunque non proprio a breve;
- ✓ in **Emilia Romagna**, dove il percorso si è avviato da tempo, sono state pianificate 65 Case delle Salute, di cui 13 già realizzate e le restanti entro il 2015, **di cui 44 presso strutture già esistenti**; è l'unica Regione che sta esplicitamente cercando **l'integrazione con la salute mentale**,
- ✓ le **Marche**, con **14 strutture riferibili al modello case della salute**, stanno elaborando un testo per implementare un modello organizzativo, avendo come riferimento l'impostazione dell'Emilia Romagna, da deliberare come modello di riferimento della Regione ed in parallelo **stanno procedendo identificando alla riconversione delle piccole strutture ospedaliere, presidi al di sotto dei 120 posti letto** .

Gli approcci ed i modelli assistenziali richiamati sono quindi diversi.

In **Lombardia** ci si orienta verso l'associazionismo di rete senza sede strutturata con i **CreG (Chronic Related Group)**, un progetto che vede i Medici di Medicina Generale associati in cooperative per garantire il *disease management* dei pazienti cronici affetti da più patologie mentre in **Sicilia** si opta per la creazione dei **PTA (Presidi Territoriali di Assistenza)**, vere e proprie strutture nelle quali far convergere le professionalità dei MMG per la gestione dei cronici e nelle quali

sono previsti anche punti di primo intervento, servizi di continuità assistenziale con i medici della guardia medica, diagnostica di base e servizi socio-sanitari.

Anche la **Puglia** ha deciso di investire risorse nell'aggregazione di MMG mediante i **Centri Polifunzionali Territoriali**, con un bacino di utenti medio di 12 mila utenti, lasciando per il momento in sospeso la pianificazione di Unità Complesse di Cure Primarie.

In **Toscana** sono invece fieri sostenitori delle **Case della Salute**, strutture integrate nelle quali si coordina l'attività dei MMG associati e viene realizzata l'assistenza ai malati cronici attraverso l'approccio *chronic care model*. In uno stesso luogo fisico quindi MMG, specialisti, assistenti sociali, infermieri per creare *Equipe multidisciplinare a valenza sanitaria e socio-sanitaria*.

Il **Piemonte**, dopo l'avvio della sperimentazione delle Case della Salute ha deciso di chiudere la sperimentazione e di avviare i **Centri di Assistenza Primaria**, formule organizzative più integrate tra medicina generale, medicina integrata, continuità e specialistica, che fungono da punti di riferimento per le cure primarie; intorno al CAP dovranno ruotare a regime le altre forme di associazionismo e nella scelta della localizzazione la priorità è stata data alla riconversione dei piccoli presidi ospedalieri. Anche la **Campania** si è indirizzata verso la riconversione di alcune strutture ospedaliere che sono diventate **Strutture Polifunzionali per la Salute**, centri attivi a favore della comunità locale per la salute ed il benessere.

Quindi tante sigle e tanti assetti organizzati diversi. Le evidenze emerse sono in linea con quanto emerso dall'analisi effettuata dal Centro Studi FIMMG a settembre 2011, ante decreto Balduzzi. In essa si legge che *“il fenomeno di aggregazione secondo modalità evolute della Medicina Generale inizia a consolidarsi sul territorio nazionale, pur con significative differenze nella distribuzione per macro aree del Paese; le Aggregazioni Funzionali sono più diffuse sebbene con differenze molto elevate tra Nord e Sud; laddove presenti, le AFT coinvolgono comunque elevate percentuali di MMG; le UCCP (o modelli a queste riconducibili) sono sicuramente meno frequenti e comunque più diffuse al Centro; sia le AFT che le UCCP offrono il grande vantaggio e la concreta possibilità di migliorare i livelli assistenziali orientando l'attenzione verso aspetti centrali e rilevanti quali l'organizzazione, l'accessibilità e la medicina di iniziativa”*.

Altro aspetto molto interessante per leggere il fenomeno in chiave evolutiva è l'analisi generazionale dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta:

✓ anzianità MMG: + del 59% sono laureati da oltre 27 anni e il 29% in una fascia tra 20 e 27;

✓ anzianità PLS: il 44% sono laureati da oltre 23 anni, il 39% in una fascia da 16 a 23 anni.

Le due categorie professionali sono dunque caratterizzate da **personale avanzato e consolidato** che pone alcuni quesiti ma anche oggettive opportunità di discontinuità. L'avvicinarsi della data del pensionamento riduce infatti inevitabilmente l'orientamento al cambiamento e, pertanto, occorrerà puntare molto sulla nuova e più giovane classe dei Medici di Medicina Generale e dei

Pediatri di Libera Scelta entranti per registrare un oggettivo scatto in avanti. Le forze fresche potranno rappresentare *il traino per il cambiamento* e aderire ad un *rinnovato ruolo professionale* che preveda nuove modalità operative di erogazione della professione e nuove forme di collaborazione professionale; in ciò valorizzando adeguatamente il ruolo e la professione e dando vita ad un nuovo *“patto con i cittadini”* basato sulla fiducia e la continuità di rapporto. La vera rete di protezione si realizza così. In questo senso, lo sviluppo della medicina associativa è la chiave del successo. Essa deve essere intesa anche come strumento attuativo della programmazione sanitaria e momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel Distretto in grado di assicurare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. A ben vedere, uno sforzo che concorrerà a riposizionare quasi automaticamente la funzione dell'ospedale come luogo sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura e l'assistenza della fase acuta del paziente.

<b>ASPETTI POSITIVI</b>	<b>PUNTI DI ATTENZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Dinamica evolutiva delle Regioni intesa a favorire l'associazionismo e la gestione dei pazienti cronici</li> <li>⊙ Focus su ruolo centrale dell'associazionismo a garanzia del corretto utilizzo delle risorse</li> <li>⊙ Riconversione delle strutture ospedaliere deboli e di dimensione ridotta quale chiave di volta per la riorganizzazione delle cure primarie</li> <li>⊙ Revisione e riduzione dell'offerta ospedaliera in linea con il potenziamento del territorio</li> <li>⊙ MMG e PLS nocciolo duro dell'assistenza primaria</li> <li>⊙ Cambio generazionale in atto dei MMG/PLS (età media 56 anni) come elemento di discontinuità</li> <li>⊙ Ruolo e formazione dei professionisti più strutturato e adeguato</li> <li>⊙ ACN in linea con decreto Balduzzi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Percorsi di associazionismo diluiti nel tempo e spesso controversi</li> <li>⊙ Ritardo nel recepimento del decreto nell'ambito degli Accordi integrativi regionali</li> <li>⊙ Modelli di associazionismo diversi con tante sigle spesso ancora allo stadio sperimentale</li> <li>⊙ Programmazione sanitaria chiara ma mancanza di risorse</li> <li>⊙ Ruolo dei Distretti</li> <li>⊙ Incremento patologie croniche e tema critico care giver</li> <li>⊙ Necessità di equilibrare capillarità/prossimità del servizio con la sua ampiezza/articolazione</li> <li>⊙ Sovrapposizione funzionale di strutture</li> <li>⊙ Misurazione non adeguata outcome/risultati</li> <li>⊙ Ruolo del MMG e suo inquadramento nel sistema</li> </ul>



## 2.4 Assistenza domiciliare

Nella quasi totalità delle Regioni italiane le cure domiciliari sono ormai inserite all'interno del capitolo delle cure primarie e l'ambito territoriale e funzionale in cui si collocano è il Distretto che rappresenta, per la sua dimensione territoriale, il luogo ottimale di realizzazione delle attività integrate con il comparto sociale.

L'assistenza domiciliare è assicurata dal DPCM 29.11.2001 "Livelli essenziali di assistenza" che prevede, a livello distrettuale, l'assistenza a domicilio prestata dal MMG e dal PLS, supportata da prestazioni infermieristiche e riabilitative, nonché dall'aiuto infermieristico (assistenza tutelare) da prestarsi in maniera integrata con i Comuni, per la parte sociale, convivendone i costi (50%).

L'assistenza domiciliare ha subito nel tempo un processo di *progressiva articolazione e strutturazione* per fare fronte alla sempre maggiore complessità dei bisogni e alle patologie degli assistiti, dalle cronicità alle disabilità complesse (SLA, etc.) ed alle patologie oncologiche e terminali.

L'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come vera alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati ed è la forma assistenziale da preferire, laddove possibile, per gli enormi impatti positivi in termini di qualità della vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche i benefici economici dovuti ai minori costi da sostenere rispetto alle forme di ricovero di carattere ospedaliero ed extraospedaliero.

L'assistenza domiciliare per sua natura è in grado di rispondere alla domanda proveniente dal territorio tramite:

- ✓ risposte concrete ai bisogni complessi nella casa del cittadino,
  - ✓ approcci a forte integrazione socio-sanitaria,
- tenuto conto che:
- ✓ le persone in Italia over 65 anni sono circa 12,3 milioni di cui over 85 circa 1,6 milioni,
  - ✓ la percentuale di anziani *over 65 soli* è il 28,1%, *più di 3 milioni di persone*,
  - ✓ almeno una malattia cronica è presente nel 38% della popolazione, quindi circa *23 milioni di persone*,
  - ✓ nel 2010 le persone in condizione di disabilità erano circa 4 milioni, il 6,7% della popolazione,
  - ✓ esistono significative differenze regionali in merito all'evoluzione del processo di invecchiamento.

Pur nelle differenze regionali, per le cure domiciliari sono individuabili differenti profili assistenziali che vanno dalle forme di assistenza domiciliare di carattere prestazionale ai livelli più complessi e multiformi di cura quali:

- **cure domiciliari prestazionali**, ossia prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato effettuate sotto la guida del MMG;
- **cure domiciliari integrate**, con più livelli di complessità in funzione delle differenti condizioni patologiche a cui debbono rispondere; sono caratterizzate da una presa in carico multi professionale e dalla formulazione di un piano assistenziale individuale, redatto in base ad una valutazione globale della persona;
- **cure domiciliari palliative** per malati terminali oncologici e non oncologici; sono anch'esse caratterizzate da una presa in carico multi professionale e dalla formulazione di un piano assistenziale sebbene la risposta abbia un carattere più intensivo poiché legata a bisogni di elevata complessità.

Il MMG e le altre figure professionali necessarie in funzione delle caratteristiche e delle esigenze del paziente (medici specialisti, infermiere professionale, terapeuta ...) sono i componenti dell'*Equipe* multidisciplinare di cure domiciliari.

L'assistenza domiciliare è una prestazione presente nell'Accordo Collettivo Nazionale dei MMG fin dal 1987 e nell'ACN del 2000, a causa dell'incremento delle patologie cronico – degenerative, è stato previsto un forte potenziamento ed il rinvio agli accordi regionali per spingere lo sviluppo dell'ADI e di nuove forme di assistenza residenziale semiresidenziale, in alternativa all'ospedale.

Il numero di anziani in assistenza domiciliare integrata (ADI) si è mantenuto stabile a livello nazionale nel biennio 2010-2011 con un incremento registrato nel 2012 (+5,5%).

	2010	2011	2012
Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata	502.475	504.126	532.536

Tabella 2 14 .- Popolazione anziana assistita in ADI anni 2010-2012

Fonte ISTAT

Questi pazienti rappresentano la stragrande maggioranza (84%) del totale dei pazienti assistiti in ADI (dato 2012) e ciò spiega perché il Ministero della Salute ha identificato nel periodo 2007-2013 uno specifico obiettivo proprio per incrementare la percentuale di anziani beneficiari di assistenza domiciliare integrata, stabilendo il target regionale del 3,5%. Di seguito, si riporta la situazione 2012.

Regione	Popolazione 65 anni e oltre 2012	Anziani assistiti in ADI 2012	% anziani assistiti in ADI 2012
Abruzzo	284.214	14.047	4,9%
Basilicata	118.816	6.470	5,4%
Calabria	377.948	11.893	3,1%
Campania	938.527	26.709	<b>2,8%</b>
Emilia-Romagna	984.321	118.279	12,0%
Friuli-Venezia Giulia	288.977	18.263	6,3%
Lazio	1.129.645	46.275	4,1%
Liguria	431.575	15.026	3,5%
Lombardia	1.984.258	80.045	4,0%
Marche	351.549	10.563	<b>3,0%</b>
Molise	70.081	2.722	3,9%
Piemonte	1.019.458	21.656	<b>2,1%</b>
PA di Bolzano	90.581	396	<b>0,4%</b>
PA Trento	102.715	3.670	3,6%
Puglia	756.215	17.064	<b>2,3%</b>
Sardegna	326.412	15.289	4,7%
Sicilia	933.701	34.785	3,7%
Toscana	871.413	17.473	<b>2,0%</b>
Umbria	208.740	16.494	7,9%
Valle d'Aosta	26.762	109	<b>0,4%</b>
Veneto	980.104	55.308	5,6%
<b>Totale</b>	<b>12.278.127</b>	<b>532.536</b>	<b>4%</b>

Tabella 2. 15 - Anziani assistiti in ADI – 2011-2012  
*Fonte: ISTAT*

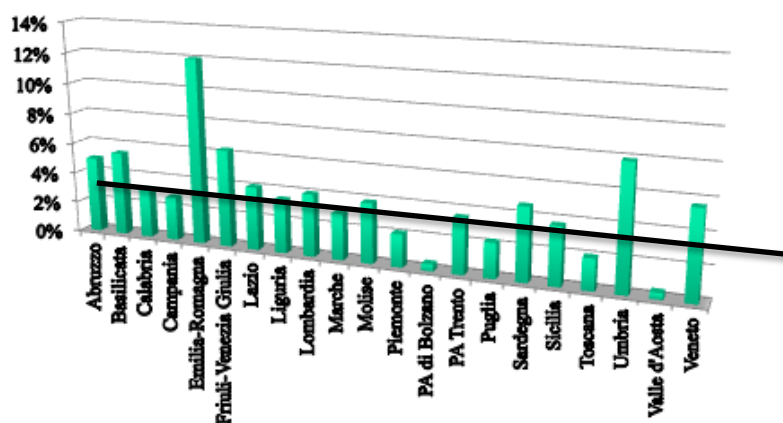


Figura 2. 16 - Percentuale di anziani di 65 anni e oltre assistiti in ADI - 2012  
*Fonte: Elaborazione su dati ISTAT*

La percentuale di anziani trattati in **ADI** rispetto alla popolazione residente anziana rappresenta un indicatore di monitoraggio del Livello di Assistenza Distrettuale; in particolare, gli adempimenti dell'assistenza domiciliare sono:

- **garantire adeguati programmi** di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera (articolo 4, comma 1, lettera c) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005);
- **promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici**, sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione (articolo 4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

I criteri di valutazione dei LEA (area domiciliare) 2011 hanno riguardato:

- diffusione della valutazione multidimensionale dei disabili,
- adozione di procedure unificate di presa in carico del disabile,
- fissazione delle quote a carico delle ASL e dei Comuni per tutte le tipologie di assistenza,
- completezza e congruità dei dati forniti nel Questionario 2011.

La Regione viene valutata **inadempiente se non raggiunge il punteggio totale di 70/82** e, comunque, se non raggiunge la soglia minima nelle tre voci (valutazione multidimensionale 15 punti, ripartizione degli oneri 20 punti e tabelle, 27 punti); di seguito, i risultati pubblicati nel report LEA 2011, dalla quale si evince **l'inadempienza di quattro regioni localizzate al Sud** ed attualmente commissariate.

Regione	LEA - Valore Assistenza Domiciliare Residenziale - 2011
Abruzzo	55
Basilicata	71
Calabria	60
Campania	82
Emilia-Romagna	73
Friuli-Venezia Giulia	n.r.
Lazio	68
Liguria	75
Lombardia	75
Marche	74
Molise	79
Piemonte	71
PA di Bolzano	n.r.
PA Trento	n.r.
Puglia	73
Sardegna	n.r.
Sicilia	69
Toscana	75
Umbria	72
Valle d'Aosta	n.r.
Veneto	78

Tabella 2. 17– Valutazione LEA 2011 – Assistenza Domiciliare  
*Fonte: Ministero della Salute*

Anche i servizi erogati dai Comuni, denominati **Servizio di Assistenza Domiciliare o SAD**, e che hanno a il principale dine di supportare gli anziani con difficoltà nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana, registrano variabilità di copertura tra le Regioni con la tradizionale forbice Nord ed il Centro-Sud.

Regione	SAD anziani % Comuni 2011	SAD anziani Indice di copertura 2011
Abruzzo	89,2	91,9
Basilicata	78,6	78,6
Calabria	42,1	53,3
Campania	73,5	64,0
Emilia-Romagna	88,3	86,3
Friuli-Venezia Giulia	95,9	97,4
Lazio	74,3	89,6
Liguria	94,5	98,9
Lombardia	86,1	93,9
Marche	76,8	89,9
Molise	75,0	70,3
Piemonte	92,0	96,2
PA di Bolzano	n.d.	n.d.
PA Trento	100,0	100,0
Puglia	70,5	79,8
Sardegna	90,7	94,2
Sicilia	74,6	87,7
Toscana	89,2	86,1
Umbria	76,1	72,4
Valle d'Aosta	78,4	84,6
Veneto	93,3	97,4

Tabella 2. 18 - SAD anziani – 2011 – copertura

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

Quanto all'ADI, esistono *numeroso sperimentazioni sul territorio*, alcune delle quali avanzate, intese a raggiungere gli obiettivi fissati dal Ministero della Salute:

- **l'Emilia Romagna** ha investito:
  - nel 2011, il 2.54% della spesa sanitaria regionale,
  - nel 2013, il 3.10%,
- il **Lazio** conferma l'obiettivo di mantenere il più a lungo possibile il paziente al domicilio, utilizzando le strutture residenziali solo per i non autosufficienti gravi,
- la **Basilicata** governa la rete dei servizi sanitari domiciliari tramite il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative, integrato nell'Unità operativa Assistenza Domiciliare e Residenzialità,
- la **Campania** registra significative difficoltà nell'integrazione tra sociale e sanitario, ha sinora investito lo 0,75% della spesa sanitaria regionale non raggiungendo il target del 3,5% e programmando di raggiungerlo entro fine 2015,
- il **Friuli Venezia Giulia** assicura l'assistenza infermieristica domiciliare gg7/7 e h12; l'infermiere è dunque il motore dell'assistenza domiciliare e dell'integrazione con i servizi sociali comunali,
- la **Lombardia** ha da poco concluso una sperimentazione per l'adozione di un nuovo modello che prevede strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno delle persone che necessitano di ADI e che include specifici progetti soprattutto nell'area delle cure palliative.

<b>ASPETTI POSITIVI</b>	<b>PUNTI DI ATTENZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Direzione di marcia da parte di tutte le Regioni verso l'assistenza domiciliare</li> <li>⊙ Infermieri, operatori socio sanitari , assistenti sociali svolgono un ruolo di garanzia della continuità terapeutica</li> <li>⊙ Infermiere sempre più identificato come il referente per la gestione del cronico, integratore tra sanitario e sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Quadro normativo nazionale</li> <li>⊙ LEA e LIVEAS da adeguare/definire</li> <li>⊙ Fondo non autosufficienza e forme di sostegno finanziario alle famiglie</li> <li>⊙ Scarsità di risorse per l'erogazione dei servizi domiciliari</li> <li>⊙ Copertura della spesa per la non autosufficienza non in linea con le previsioni demografiche</li> <li>⊙ Aggravio economico nel passaggio da assistenziale domiciliare a residenziale</li> <li>⊙ Famiglie sempre più mono componente e tema care giver</li> <li>⊙ Gestione dei bisogni di assistenza tra bassa e alta intensità</li> <li>⊙ Risorse infermieristiche: scarsità di professionisti concentrata in alcuni territori</li> </ul>



## 2.5 Riconversione del sistema di cure e presa in carico del cittadino

Le cure primarie rappresentano un'area-sistema, concetto ripreso in diversi documenti del Ministero della Salute, dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Per le cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma "*dell'iniziativa*" con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "*promozione attiva*" della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità quando invece per l'assistenza ospedaliera è prevalente il paradigma "*dell'attesa*" con il quale si evidenzia un pattern assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensività tecnico-assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento "nuovo" e con caratteristiche prevalentemente di *acuzie, di urgenza od emergenza*.

Due paradigmi assistenziali che ancorché identifichino bisogni e fasi diverse fanno parte di una unica rete e del medesimo percorso assistenziale della persona al quale garantire dunque presa in carico, assistenza costante e continuità di cure.

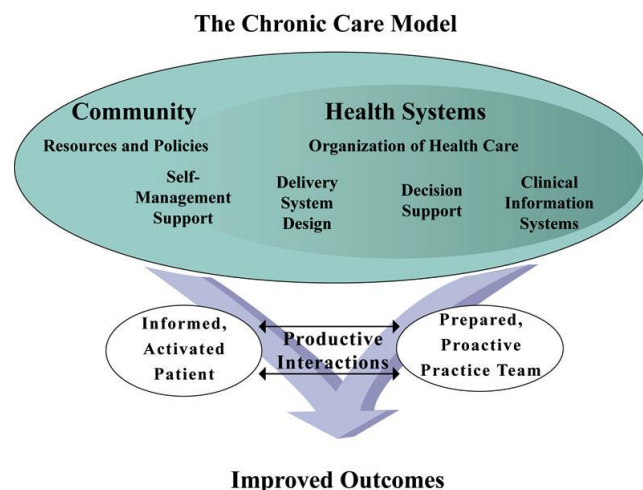
<b>Ospedali (<i>attesa</i>)</b>	<b>Cure Primarie (<i>iniziativa</i>)</b>
Paziente in fase acuta (accesso da PS o programmato)	Persona sana Paziente cronico Paziente non autosufficiente Paziente fragile
Trattamento del paziente legato al singolo episodio	Presa in carico della persona Continuità assistenziale
Logica delle grandi organizzazioni Modelli organizzativi e offerta omogenei Forte specializzazione Rapporti gerarchici Domanda di cura specifica, (monodimensionale) Prestazione sanitaria	Ancora in cerca di modelli organizzativi Servizi legati a sperimentazioni Molteplicità di professioni Relazioni funzionali Domanda variabile, multidimensionale Prestazione sanitaria, socio-sanitaria

La capacità del sistema si realizza laddove esso sappia rispondere in maniera appropriata selezionando la più idonea forma assistenziale che garantisca non solo l'efficacia dell'intervento reso ma anche la migliore vita possibile per il paziente in quel dato momento e i minori costi a carico della collettività. Si realizza in tal senso un nuovo modello di presa in carico del cittadino che consente, attraverso un impegno professionale, individuale e di sistema, di ripensare l'intero processo che parta dall'accesso ai servizi sanitari in un'ottica di equità e sviluppo della sanità di iniziativa. Dunque nuovo *approccio professionale*, orientato alla presa in carico "proattiva" dei cittadini, nuovo *approccio organizzativo* che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi compromettendo lo stato di salute e nuovo *approccio culturale* che organizza in via preventiva risposte assistenziali adeguate anche tramite

valutazioni multidimensionale del bisogno. In più *nuovi percorsi ospedalieri* che richiedono integrazione a monte e a valle del ricovero e forme di integrazione multidisciplinare tra i professionisti senza steccati ed autoreferenzialità.

La *sanità di iniziativa* costituisce nell'ambito delle malattie croniche un nuovo concetto che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di *programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici*. Il modello operativo del Chronic Care Model è un significativo riferimento al riguardo, in quanto è basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento (*empowerment*) ed il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e MMG. Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management ed al follow-up, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere.

Il *Chronic Care Model*, elaborato dal Prof. Ed. Wagner, è basato sul principio che nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici sia importante agire su sei fondamentali elementi<sup>9</sup>.



Developed by The MacColl Institute  
© ACP-ASIM Journals and Books

Figura 2. 19

Fonte: [www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org)

1. **Le risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.
2. **Le organizzazioni sanitarie.** La gestione delle malattie croniche deve entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria.

<sup>9</sup> <http://www.improvingchroniccare.org>



3. **Il supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali; la gestione di queste malattie da parte del paziente e della sua famiglia può essere insegnata e un rilevante segmento di questa gestione – ad esempio alimentazione, esercizio fisico, monitoraggio dei parametri, terapie farmacologiche – può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.

4. **L'organizzazione del team.** La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere modificata, introducendo una divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati, e formano il personale del team. Il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.

5. **Il supporto alle decisioni.** L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza fornisce al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici.

6. **I sistemi informativi.** I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni: 1) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; 2) come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche; 3) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based".

Le sei componenti del *Chronic Care Model* sono interdipendenti, costruite l'una sull'altra. Come obiettivo finale il modello prevede un paziente informato che interagisce con un team preparato e proattivo, con lo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato generale di salute della popolazione.

Un modello quindi che prevede:

- **team multi-professionali** (medici di famiglia, infermieri, altre professioni sanitarie e sociali) in grado di prendersi carico di gruppi di popolazione (minimo 10 mila abitanti) e di garantire loro una continuità assistenziale integrata;
- **il supporto all'auto-cura.** Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;
- **infrastrutture fisiche organizzate** per consentire il lavoro associato dei team multi-professionali secondo il metodo della sanità d'iniziativa;
- **la disponibilità di cure intermedie** all'interno della rete dei servizi, posti letto ad alta intensità assistenziale infermieristica/riabilitativa in grado di garantire la continuità assistenziale nei pazienti dimessi dall'ospedale o non in grado di

rimanere al proprio domicilio a causa di una malattia intercorrente che tuttavia non richiede un ricovero ospedaliero.

Qui si inserisce uno dei temi che osta allo sviluppo di questo percorso e che riguarda proprio la realizzazione di ambienti non domiciliari e non ospedalieri in grado di rappresentare idonei luoghi di assistenza e di cura riconducibili agli UCCP del decreto.

L'osservazione concreta della difficoltà che le Regioni vivono nel riconvertire i piccoli presidi ospedalieri sul territorio, spesso indistinti e caratterizzati dalla presenza di unità operative con attività generaliste e non particolarmente specializzate (Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia, Pediatria, ...), è la prova evidente della presenza di blocchi che impattano tutto il percorso di riorganizzazione sanitaria.

Queste difficoltà nascono tipicamente da:

- ✓ **forti resistenze della popolazione** spesso “sobillate” dal politico locale che a fini elettorali resiste e si oppone;
- ✓ **mancanza di un collegamento tra politica locale e politica centrale** in quanto i rappresentanti centrali del territorio sono spesso paracadutati da un sistema elettorale che spesso non crea alcun meccanismo di vicinanza;
- ✓ **incapacità di sviluppare un disegno regionale chiaro, univoco e di medio-lungo termine**;
- ✓ **mancanza di riorganizzazione complessiva dell'offerta ospedaliera** che dovrebbe orientarsi sempre più alla segmentazione dell'offerta in ospedali di grandi dimensioni (*hub*), ospedali di prossimità (*spoke*) e centri specialistici (*specialty*);
- ✓ **lacune nella comunicazione alla popolazione** tale da far comprendere ad esempio il vantaggio di avere una struttura intermedia piuttosto che un ospedale a rischio;
- ✓ **resistenze dell'organico di quell'ospedale** che vive come una sorta di declassamento professionale la circostanza di andare ad operare in una struttura non ospedaliera.

In tale contesto vince il particolare sul generale e quando il particolare ha la meglio spesso non è seguito da un intervento coerente. Con buona pace per il processo di riconversione delle cure.

Pur in questo contesto complesso, l'obiettivo strategico rimane riorganizzare il sistema delle risposte al cittadino e favorire lo sviluppo di condizioni che permettano di mantenere il livello di salute il più alto possibile.

A tal fine occorre rilanciare l'azione riformatrice delle Regioni partendo forse dal punto più basso nelle quali esse purtroppo si trovano a seguito degli scandali che le hanno investite nella loro quasi totalità.

Una sollecitazione in tal senso è certamente la riproposizione dell'auspicata revisione del titolo V della Costituzione in tema di afferenze e potestà degli Enti territoriali. Non si intende entrare in questa sede in aspetti di scelte nell'una o

nell'altra direzione, riproponendo la sterile contrapposizione tra autonomisti e centralisti. E' solo il caso di rilevare che un corretto processo di federalismo deve prevedere, oltre alla gestione delle risorse, anche la responsabilità di chiederle direttamente ai cittadini con l'imposizione fiscale. Viceversa non funziona. Bisogna rispondere alla popolazione (gli elettori) in modo diretto se si chiede maggiore responsabilità nelle scelte, maggiore efficienza, minori sprechi ed efficace lotta alla corruzione. Occorrere prendere atto che qualcosa non ha funzionato in questa "regionalizzazione" della sanità, almeno in molti casi, e partire da lì per provare ad assorbire le tante storture del sistema che di fatto hanno consentito di avvicinare enormi quantitativi di soldi pubblici agli interessi locali di tipo affaristico, politico e financo criminale senza alcuna rete di protezione, senza sistemi di controllo adeguati e soprattutto con una selezione della classe dirigente, spesso incapace e subalterna, chiamata proprio a tutelare quegli interessi grazie purtroppo a meccanismi di nomine poco trasparenti e non meritocratici. Qualche luce nel tunnel si intravede. Il percorso è però ancora lungo.

<b>ASPETTI POSITIVI</b>	<b>PUNTI DI ATTENZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Consapevolezza della strategicità del tema</li> <li>⊙ Presenza di presidi ospedalieri e strutture sul territorio da convertire</li> <li>⊙ Necessità di ridurre i costi sanitari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Invadenza della politica nella gestione della sanità</li> <li>⊙ Elevati livelli di corruzione e di interessi privatistici</li> <li>⊙ Percorsi di riconversione delle cure spesso in stand by</li> <li>⊙ mancanza di progetti di medio-lungo termine riguardanti l'assetto organizzativo complessivo dei servizi sanitari regionali</li> <li>⊙ Visione spesso a compartimenti stagni</li> <li>⊙ Più dichiarazioni che fatti</li> </ul>

## 2.6 Digitalizzazione e *e-health*

Le prime linee guida ministeriali in merito alla documentazione elettronica risalgono al 2010, ma solo nel 2012 con il Decreto Legge n. 179 sono state emanate delle procedure attuative.

Il Ministero della Salute parla in particolare di "*e-health*" o "Sanità in Rete" inteso come l'utilizzo di strumenti basati sulle *tecnologie dell'informazione* e della *comunicazione per sostenere e promuovere* la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita. La realizzazione di tali sistemi richiama lo sviluppo di una "*e-health Information Strategy* a livello di sistema Paese" con "*una regia unitaria*" e con l'obiettivo principale di "*assicurare uno sviluppo armonico, coerente e sostenibile*" dei sistemi informativi sul territorio in grado di assicurare:

- ✓ *accesso ai servizi sanitari*: sistema articolato a rete di CUP - Centri Unici di Prenotazione che consentano ai cittadini di prenotare le prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale;
- ✓ *disponibilità della storia clinica* del paziente: FSE - Fascicolo Sanitario Elettronico per l'archiviazione e l'accesso alle informazioni sanitarie individuali;
- ✓ *innovazione nelle cure primarie*: connessione in rete dei medici del SSN, digitalizzazione e trasmissione elettronica delle prescrizioni (ePrescription) e dei certificati di malattia (certificati telematici di malattia);
- ✓ *ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza* mediante la telemedicina.

Il Rapporto Innovazione nell'Italia delle Regioni 2012 – CISIS (Centro Interregionale per i Sistemi informatici, geografici e statistici) riporta che gli investimenti delle Regioni nel periodo 2007-2013 dedicati alla società dell'informazione sono stati pari a 5,3 miliardi di euro, di cui **559 milioni di euro investiti in e-health** (circa il 10,5%); nonostante il significativo valore degli investimenti, l'Italia è al 30° posto nella classifica mondiale dell'*e-health* e pertanto sorge spontaneo il dubbio sull'efficacia e la qualità degli investimenti realizzati. In questo senso, malgrado le linee guida ministeriali abbiano chiaramente evidenziato l'esigenza di una regia unica, è necessario che tali investimenti siano programmati e realizzati all'interno di una visione unica sviluppando un'agenda digitale che consenta di mettere a punto una "strategia Paese" in grado di cogliere appieno il vantaggio dell'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche e di comunicazione oggi già disponibili senza disperdere energie e risorse in localismi che hanno dato vita, in alcuni casi in forme eclatanti anche per via dei diversi standard tecnologici di interconnessione, ad investimenti alla fine poco produttivi.

Ciò considerando inoltre che lo stesso rapporto CISIS evidenzia l'esigenza di continuare su questa direttrice dato che l'informatizzazione completa della sanità comporterebbe **risparmi stimati in almeno 7 miliardi di euro**<sup>10</sup> così distribuiti:

---

<sup>10</sup> Convegno "Professioni Sanitarie ed Information Communication Technology" 2013





- 3 miliardi di euro in deospedalizzazione di pazienti cronici mediante l'utilizzo di tecnologie per l'assistenza domiciliare
- 1 miliardo di euro con la cartella clinica elettronica
- 860 milioni di euro con la dematerializzazione dei referti e delle immagini
- 370 milioni di euro con la refertazione on line.

Il punto-chiave riguarda certamente il superamento degli aspetti strutturali e la realizzazione della cosiddetta “banda larga”. Da non sottovalutare comunque il superamento del gap culturale, sia dei professionisti che dei cittadini, che sarà garantito dal cambio generazionale e dall'ingresso nel mondo del lavoro dei giovani di oggi che vivono oramai nella e con la rete.

Interessante, rispetto ai medici di medicina generale, è la ricerca Politecnico di Milano, Doxapharma, Centro Studi FIMMG – del Febbraio 2012 - che ha esplorato l'utilizzo e il livello di soddisfazione dei sistemi di comunicazione on-line:

***“Principali barriere che frenano l'introduzione dei sistemi ICT (per MMG)***

- Difficoltà nell'utilizzo dei sistemi ICT istituzionali
- Difficoltà nell'identificazione di un attore che presidi le decisioni di acquisto sui temi ICT
- Scarsa conoscenza, da parte dei MMG, dei benefici connessi all'utilizzo dei sistemi ICT
- Formazione inadeguata per l'utilizzo di sistemi ICT da parte dei MMG

***Principali benefici raggiungibili attraverso l'introduzione dei sistemi ICT (per MMG)***

- Maggiore velocità dei MMG nello svolgimento delle proprie attività mediche
- Aumento della qualità delle prestazioni offerta
- Semplificazione dei processi (snellimento burocratico, razionalizzazione attività)
- “Maggior servizio offerto ai propri pazienti”

In relazione alla spesa annuale per servizi ICT dei MMG, la stessa ricerca ha evidenziato che la spesa annuale media per i servizi ICT di un MMG nell'ambito delle attività professionali è stata pari nel 2011 a € 1.550,00 e nel 2012 a € 1.510.



Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole
2011 € 1.527	2011 € 1.662	2011 € 1.373	2011 € 1.471
2012 € 1.394	2012 € 1.727	2012 € 1.426	2012 € 1.536

Tabella 2. 13 – MMG - Spesa annuale media per i servizi ICT – 2011 e 2012

Fonte: Ricerca Politecnico di Milano, Doxapharma, Centro Studi FIMMG – del Febbraio 2012

L'analisi effettuata tramite i siti delle Regioni ha evidenziato la seguente situazione:

1. **Fascicolo sanitario elettronico:** inteso come strumento di aggregazione e di raccolta delle informazioni sanitarie del paziente rappresenta lo strumento centrale per la *presa in carico del cittadino e la continuità assistenziale*.

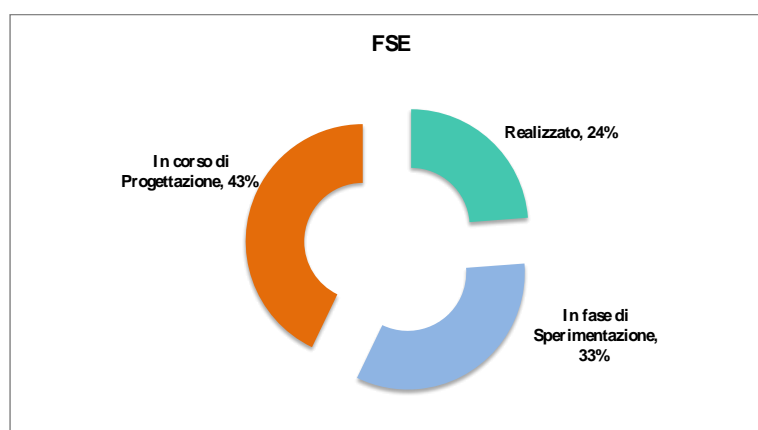


Figura 2.20

Fonte: Elaborazioni su informazione presenti ne siti delle Regioni

Le percentuali evidenziano che **solo una Regione su quattro dichiara di avere realizzato il FSE** mentre quasi la metà sono ancora ad uno stadio progettuale. Laddove il FSE è stato realizzato, il numero di fascicoli attivi è peraltro ancora abbastanza basso; nel suo rapporto il CISIS parla di circa il 13% della popolazione italiana con un Fascicolo Sanitario Elettronico attivo.

## 2. **Ricetta elettronica**

La ricetta elettronica è uno strumento per garantire:

- appropriatezza clinica,
- controllo della spesa farmaceutica.

Secondo il programma previsto dalla Legge n. 221/2012, le prescrizioni elettroniche dovrebbero arrivare all'80% nel 2014 e al 90% l'anno successivo.

Ricette elettroniche

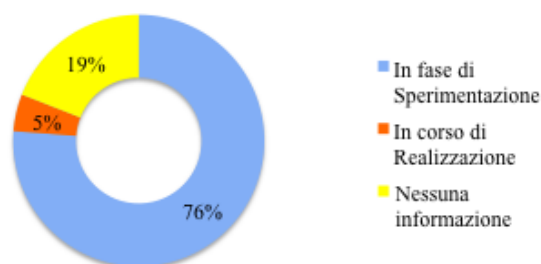


Figura2. 21

Fonte: Elaborazioni su informazione presenti ne siti delle Regioni

Dai dati raccolti emerge che 8 Regioni su 10 dichiarano di trovarsi in **fase sperimentale**. Vale molto probabilmente per alcune di esse la politica degli annunci sebbene esistano oggettive criticità di attuazione quali in particolare:

- la messa a punto del software di gestione,
- l'infrastruttura telematica e la continuità della rete Internet sul territorio.

Occorre comunque evidenziare che la valenza di questa applicazione è molto importante **quale supporto al monitoraggio della spesa farmaceutica** mentre per il cittadino tale innovazione è di scarso rilievo in termini di benefici diretti (di servizio) e di **grande ausilio invece in termini di benefici indiretti** (liberazione di risorse ed investimento in altre aree di assistenza).

3. CUP e referti on line

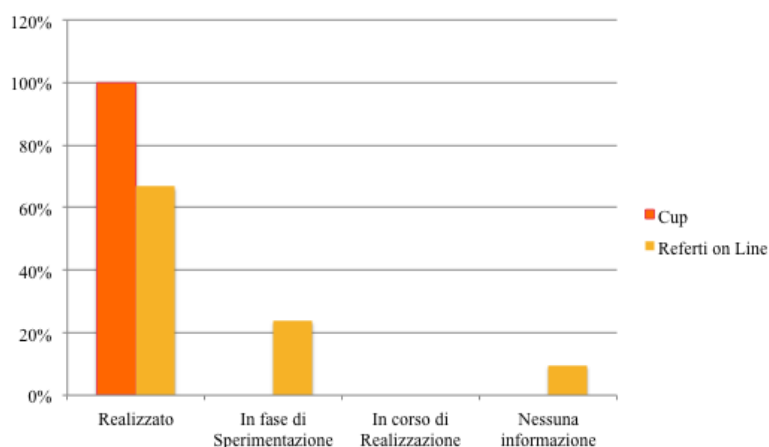


Figura 2 22

Fonte: Elaborazioni su informazione presenti ne siti delle Regioni

Si tratta di un tema delicato che riguarda l'accessibilità al sistema sanitario e la diffusione delle informazioni. Per quanto riguarda il **CUP**, il grafico evidenzia che **tutte le Regioni dichiarano la completa realizzazione del progetto** mentre per i

*referti on line* le progettualità sono ad uno stadio molto avanzato: la quasi totalità delle Regioni dichiara o di ***avere realizzato il progetto*** oppure di trovarsi in una fase di sperimentazione comunque di attuazione progettuale.

Non sfugge peraltro l'importanza per il cittadino di queste due iniziative che sono servizi effettivi che avvicinano in modo sensibile i servizi al domicilio dell'utente.

#### 4. ***Telemedicina***

Tenendo conto delle dimensioni assunte dall'incidenza della popolazione anziana e dal fenomeno delle cronicità e richiamando l'utilità reale che le nuove tecnologie ed i nuovi dispositivi (device) applicati all'assistenza domiciliare potrebbero garantire alla vita delle persone, anche con gravi fragilità e/o non autosufficienti, occorre sottolineare come, le telemedicina sia lungi dal potersi considerare a regime risultando per lo più ad ***un livello iniziale e sperimentale***.

Per telemedicina si intendono 2 ambiti di applicazione:

a) ***Tele-salute (disease management e telemedicina)***: offre un supporto nelle relazioni tra professionisti e assistiti, la comunicazione avviene sia tra i pazienti e i professionisti socio-assistenziali, sia tra i professionisti stessi (consulti o refertazioni a distanza). Queste attività comportano la raccolta e il trasferimento dati, informazioni e segnali per svolgere attività remote (ad esempio diagnosi, monitoraggio, gestione del piano assistenziale, etc.); gli operatori che ricevono i dati intervengono poi a seconda degli esiti dall'analisi degli stessi. In tale ambito è importante l'educazione del paziente affinché possa gestire la sua salute.

b) ***Tele-assistenza o telemonitoraggio***: offre un supporto specifico nell'erogazione di servizi socio-sanitari, con soluzioni che consentono di monitorare a domicilio le condizioni psico-fisiche e comportamentali di persone parzialmente non autosufficienti anche tramite l'utilizzo di sensori e dispositivi domotici ambientali; questa applicazione permette la disponibilità di prestazioni assistenziali a cura dei servizi sociali, quali il tele-soccorso, le attività di health coaching, la sorveglianza attiva o passiva per cadute, fumo e quant'altro.

A tal riguardo, si riscontrano:

✓ servizi a livello ancora locale riferiti per lo più a singoli distretti oppure all'ambito provinciale;

✓ servizi sperimentali ed allo stadio di progetti pilota correlati a contributi regionali vincolati che devono ancora trovare criteri e modalità di finanziamento per divenire continuativi e stabili nel tempo.

La telemedicina, intesa come utilizzo della rete per migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione della salute e delle condizioni di vita dell'assistito, è certamente un ***facilitatore del processo di cambiamento*** e di ***integrazione ospedale-territorio*** e può contribuire all'appropriatezza organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale.

La sua ***grande versatilità*** permette infatti di costruire modelli innovativi di erogazione dei servizi sanitari e sociali che non solo possono migliorare l'assistenza al paziente (personalizzazione, accesso, qualità, tempestività) ma al contempo contribuire a fornire risposte in termini di sostenibilità complessiva del sistema.

Ulteriore chiave di volta per la diffusione della telemedicina è la **creazione di nuovi ruoli professionali sanitari** anche non medici. L'utilizzo della telemedicina può infatti valorizzare nuove professionalità e rendere possibile l'esecuzione di procedure diagnostiche e/o terapeutiche sotto la guida remota di specialisti permettendo di gestire il paziente anche a mezzo di una consultazione remota con il personale medico.

Anche in quest'ambito quindi, si auspica, il Paese abbia una **strategia unitaria** che eviti la formazione di macchie di leopardo spesso di durata limitata e che finiscono con il rappresentare la risposta ad iniziative impostate in un'ottica "mordi e fuggi".

In tal senso, definire anche in questo ambito un quadro normativo e regolamentare ed infrastrutturale utile a superare la fase delle sperimentazioni in modo tale da permettere che la telemedicina, nelle sue diverse articolazioni, possa entrare appieno nell'ambito dell'offerta di servizi quale tessuto connettore di servizi diversi che insistono sul territorio e sull'ospedale. Un sistema integrato di strumenti tecnologici **organizzati in procedure e protocolli scientificamente testati** in grado di avvicinare sempre più le prestazioni ed i servizi al cittadino, soprattutto quando le condizioni di accesso diventano difficili ove si pensi ad esempio alle caratteristiche morfologiche del territorio italiano (isole minori, comunità montane, ...).

Per questo, parlare di riorganizzazione delle cure primarie e, più in generale, di riorganizzazione dell'offerta sanitaria significa **non poter prescindere da uno sviluppo concreto di efficaci servizi di telemedicina**.

<b>ASPETTI POSITIVI</b>	<b>PUNTI DI ATTENZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Linee guida ministeriali e sensibilità dichiarata ad una agenda digitale unica</li> <li>⊙ CUP e referti on line</li> <li>⊙ Caratteristiche della popolazione giovane (gli adulti del futuro) che vive oramai “dentro” e “con” la rete</li> <li>⊙ Tante sperimentazioni e progetti ancorché spesso fini a sé stessi</li> <li>⊙ Valorizzazione di nuove professionalità anche in ottica di riconversione di professionalità in esubero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Realizzazione di un’agenda digitale</li> <li>⊙ Investimenti in <i>e-health</i> già effettuati negli anni passati con bassi ritorni</li> <li>⊙ Rete ICT inadeguata e diffusione banda larga</li> <li>⊙ FSE ancora poco diffuso</li> <li>⊙ Ricetta elettronica ancora molto sperimentale</li> <li>⊙ Servizi di telemedicina, teleassistenza ancora allo stadio sperimentale e fuori dai LEA</li> <li>⊙ Difficoltà di utilizzo dei sistemi ICT istituzionali da parte degli operatori sanitari</li> <li>⊙ Scarsa conoscenza dei benefici connessi all’utilizzo dei sistemi ICT</li> </ul>

## 2.7 Coinvolgimento ed *empowerment* del cittadino

L'*empowerment* del cittadino ossia il *suo coinvolgimento diretto* nell'ambito della gestione della propria salute costituisce uno strumento e al tempo stesso un fine della promozione della salute.

Per la definizione di *empowerment* il riferimento utilizzato è la nota metodologica del **Gruppo di lavoro interregionale sull'*empowerment* di AGENAS**, avviato nel 2007 ed attualmente costituito da 11 Regioni, Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Toscana, provincia autonoma di Trento, Veneto.

L'*empowerment* è un **processo dell'azione sociale** attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulla propria vita al fine di **cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita**.

Tale definizione contempla, oltre all'aspetto psicologico anche quello organizzativo e di comunità, presentando l'*empowerment* quale **costrutto multilivello**, articolato in tre livelli di analisi: psicologico, organizzativo, sociale e di comunità.

Il Gruppo di lavoro sta alimentando il database delle esperienze di *empowerment* che contiene le iniziative realizzate nelle Regioni italiane riferite alla partecipazione, al coinvolgimento dei cittadini, in forma individuale, organizzativa e di comunità, alla pianificazione, gestione e valutazione dei servizi sanitari.

La raccolta delle iniziative, avviata dal secondo semestre 2008, è realizzata utilizzando una scheda di rilevazione ad hoc, costruita dagli esperti regionali sulla base delle indicazioni della letteratura, di elementi teorici condivisi e dell'analisi critica delle esperienze maturate nel territorio nazionale.

Nel Database 2012, organizzato in iniziative di *empowerment* individuale, organizzativo e di comunità, in coerenza con il modello teorico di riferimento, sono state rilevate le seguenti informazioni:

- **iniziative di *empowerment* individuale**: 37 progetti distribuiti su 5 Regioni,
- **iniziative di *empowerment* organizzativo**: 31 progetti distribuiti su 6 Regioni,
- **iniziative di *empowerment* comunità**: 4 progetti relativi a 2 Regioni.

Nell'ambito della esplorazione dei siti web delle Regioni, si sono riscontrate ulteriori progettualità riferite alle Regioni qui di seguito sintetizzate:

- ✓ **PA Trento** mette a disposizione le informazioni di base ai possessori di smartphone e tablet attraverso l'applicazione gratuita Google Currents,
- ✓ **Sicilia**, [www.costruiredsalute.it](http://www.costruiredsalute.it) è il nuovo sito web realizzato dall'Assessorato alla Salute per aiutare a comprendere il complesso funzionamento della macchina del Sistema Sanitario Regionale (SSR), dalla ricerca di una struttura per una visita specialista fino ai numeri dei CUP,



- ✓ **Lazio**, alcune ASL stanziavano risorse economiche in corsi mirati di formazione ai cittadini legati a tematiche e patologie specifiche,
- ✓ in **Emilia Romagna**, la Casa della Salute è il luogo deputato alla promozione e valorizzazione della partecipazione dei cittadini alla gestione della propria salute: “**azione pratica di empowerment**” territoriale, incontri mensili su temi diversi (trasparenza, modalità di fruizione dei servizi, “i consigli degli esperti”.....),
- ✓ in **Sardegna**, ASL, Comuni e Province collaborano per promuovere percorsi di informazione sul territorio, con particolare attenzione all’educazione sanitaria e prevenzione rivolte agli anziani,
- ✓ la **PA Bolzano** affida a cicli di conferenze ad hoc la formazione e l’informazione dei cittadini.

L’azione di *empowerment* diventa essenziale laddove si parli di malattie croniche poiché, proprio per la durata della patologia, il cittadino diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali; infatti non a caso:

- ✓ la modalità di gestione della malattia cronica e della multi patologia può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e dei loro familiari,
- ✓ è strategico aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia,
- ✓ è altresì importante fornire gli strumenti necessari e valutare regolarmente i risultati e i problemi incontrati,
- ✓ i progetti di presa in carico di pazienti cronici contemplan sempre la formazione del paziente,
- ✓ il personale infermieristico svolge un ruolo importante nella formazione e nell’assistenza al paziente cronico.

L’azione di *empowerment* del cittadino non può comunque essere limitata all’interno del perimetro delle cronicità e deve essere rivolta a tutti i cittadini, utilizzando i canali a sua disposizione, con il fine di passare dalla promozione ed informazione alla partecipazione attiva del cittadino. Già la **dichiarazione di Alma Ata** indicava che l’assistenza sanitaria primaria:

- è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione,
- comprende almeno **l’educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli**,
- richiede e promuove l’autonomia dell’individuo e della comunità e la sua partecipazione alla progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell’assistenza sanitaria primaria stessa, usando appieno le risorse locali, nazionali e le altre disponibili; per questo fine, sviluppa, attraverso un’adeguata educazione, la capacità delle comunità a partecipare.

Al sistema, ed in particolare all’assistenza primaria, si richiede non solo l’assistenza sanitaria, la cura e la riabilitazione dei pazienti ma anche quei



necessari servizi di promozione, educazione, prevenzione, nonché tutti gli ulteriori sforzi, atti ad influenzare gli attori che intendono occuparsi di problemi di salute. La **promozione della salute** e l'**educazione sanitaria** diventano essenziali per favorire la partecipazione del cittadino e per il buon funzionamento del sistema sanitario.

**Promozione della salute** intesa come processo attraverso il quale le persone **migliorano il controllo e la gestione delle proprie condizioni di salute e di benessere**, attraverso programmi specifici di prevenzione dei problemi di salute, promozione individuale di comportamenti e stili di vita sani, attività di informazione e comunicazione sui rischi in materia sanitaria. La promozione della salute si pone la finalità di facilitare l'adozione di stili di vita salutari, la rimozione o la riduzione dell'esposizione ai rischi di malattia modello della patogenesi, la valorizzazione delle risorse e dei fattori protettivi individuali.

**Educazione alla salute** intesa come **intervento sociale** in grado di **modificare durevolmente il comportamento nei confronti dei problemi di salute** e che presuppone la conoscenza del patrimonio culturale dell'interlocutore e la conoscenza degli interessi soggettivi. L'obiettivo è che la comunità possa agire più consapevolmente e con un orientamento virtuoso mediante la comunicazione strutturata e continua di informazioni sulle condizioni socio-economiche ed ambientali che impattano la salute, l'evidenza dei fattori di rischio individuali, l'informazione dei comportamenti a rischio e l'uso del sistema sanitario nel modo più appropriato e consono possibile nel tempo.

Il **ruolo della rete Internet** nell'ambito del concetto di *empowerment* del cittadino diventa strategico. Diverse ricerche affermano che si riscontra un "boom dell'informazione medica su Internet". La ricerca realizzata nel 2012 dal **Censis** nell'ambito delle attività del **Forum per la Ricerca Biomedica** rileva che "*Quando si presenta un problema di salute, per il 73,2% degli italiani è più importante capire che cosa sta succedendo, piuttosto che trovare subito il rimedio più efficace (26,8%). Si tratta di un dato in aumento (nel 2006 la pensava così il 64,9%) che testimonia la crescente responsabilizzazione sanitaria individuale e la maggiore partecipazione del singolo al percorso diagnostico e terapeutico*". Internet è la seconda fonte di conoscenze (10,8%) dopo il medico di medicina generale. La ricerca rileva un dato interessante in quanto il 32,4% degli italiani utilizzano Internet per **ottenere informazioni sulla salute** e la maggior parte, oltre il 90%, per ricerche su specifiche patologie; il 58,6% **cerca medici e strutture** cui rivolgersi, il 15,4% **prenota visite ed esami attraverso la rete**, il 13,9% **frequenta chat, forum e web community** dedicate allo scambio di informazioni ed esperienze sui temi sanitari. E se si guarda alle fonti utilizzate, degli italiani che utilizzano Internet per ottenere informazioni ben il 73,2% **consulta siti specializzati o scientifici**, il 38,3% **si informa tramite la sezione salute dei quotidiani online**, il 34,7% **utilizza i social network**, il 29,8% **naviga nei siti istituzionali**.

Il canale web sta quindi ampliando la sua sfera di azione e, in questo senso, le cure primarie possono beneficiare di questa tendenza conclamata anche alla luce della solidità del rapporto medico-paziente ampiamente riconosciuta dagli italiani.

Proprio in questa area è possibile trovare il giusto equilibrio tra ricerca autonoma dell'informazione e corretta valutazione da parte di un esperto che realizza in buona parte l'efficace processo di *empowerment*.

<b>ASPETTI POSITIVI</b>	<b>PUNTI DI ATTENZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Molti Enti ed Istituzioni promuovono iniziative di <i>empowerment</i></li> <li>⊙ Ruolo centrale della rete Internet</li> <li>⊙ Facilità di accesso alle informazioni</li> <li>⊙ <i>Empowerment</i> e rapporto consolidato del medico-paziente</li> <li>⊙ Convergenza degli aspetti di promozione alla salute ed educazione sanitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Iniziative spesso parcellizzate e senza un apparente filo conduttore unico</li> <li>⊙ Acquisizione senza filtro di informazioni clinico-sanitarie</li> <li>⊙ Difficoltà di orientamento all'interno del mondo sanitario</li> <li>⊙ Comportamenti obsoleti e ripetitivi degli utenti dei servizi</li> </ul>

## 2.8 Evidenze della ricerca desk

Il risultato a circa un anno dall'emanazione del “decreto Balduzzi” che ha ridisegnato in Italia il sistema dell'assistenza primaria (cure primarie) delegando alle Regioni il compito di riorganizzare i servizi attraverso nuovi assetti organizzativi intesi a promuovere l'associazionismo dei professionisti e l'assistenza continuativa 7 giorni la settimana e 24 h al giorno, è **caratterizzato da “chiari e scuri”**. Emergono, da un lato, gli interventi ed i propositi delle Regioni nella direzione indicata dal decreto, peraltro in alcuni casi avviati ed enunciati prima del decreto, e, dall'altro, le difficoltà, i fattori ostativi e le contraddizioni interne acuiti dall'attuale stato della finanza pubblica, dalle difficoltà di finanziamento del FSN e dallo stato di commissariamento in cui si trovano molte Regioni fortemente concentrate nel centro-Sud.

Se l'analisi evidenzia gli sforzi di contenimento della spesa sanitaria pubblica per gli effetti delle azioni messe in campo soprattutto dalle Regioni commissariate e per i primi effetti delle disposizioni nazionali sulla *spending review*, spesso queste azioni si scaricano impropriamente sul cittadino che alla fine non riceve i servizi previsti dai LEA. Proprio le Regioni commissariate sono quelle dove si registrano le maggiori inadempienze sui LEA ed **il cittadino alla fine deve “pagare il conto”** con maggiori compartecipazioni di spese e fiscalità aggiuntive. Di fronte al pagamento dei ticket – nati per responsabilizzare i consumi eccessivi ma divenuti nel tempo vero e proprio finanziamento aggiuntivo regionale – intere fasce della popolazione tendono oggi, con l'impovertimento sociale e la riduzione della capacità di spesa, **a rinunciare ad esempio all'acquisto di alcuni farmaci ed alle cure specialistiche**. Si salvano solo i cittadini che possono sostenere la spesa aggiuntiva oppure godono di una copertura assicurativa. In molti casi con **buona pace del rispetto di quei principi** di Universalità (indipendenza dell'accesso ai servizi rispetto alla singola disponibilità finanziaria) Eguaglianza (sia a livello territoriale che economico) e di Condivisione del rischio finanziario (contributo individuale indipendente dalle malattie e dai servizi ricevuti) posti a base del nostro servizio sanitario pubblico.

In questo scenario complesso, oltre ad un seria **riflessione sull'assetto istituzionale del nostro Servizio Sanitario Nazionale**, con particolare riferimento alle prerogative del Governo e delle Regioni, e sull'introduzione equilibrata di nuove forme integrative di finanziamento, vista la circostanza che l'Italia ha un'incidenza del finanziamento del FSN rispetto al PIL più bassa rispetto agli altri Paesi europei, la **riorganizzazione delle cure primarie**, e con essa dei servizi territoriali, si profila come una **grande opportunità** ed un'**obiettiva necessità**. Non solo per ridurre i costi di assistenza ma anche per qualificare i servizi sanitari posto che l'ospedalizzazione, quando risponde ad un'esigenza sociale, intesa i servizi e crea difficoltà di funzionamento operativo degli ospedali e quando invece è l'effetto di un ricovero improprio, crea disagio al paziente che non può certo godere di una permanenza prolungata in ospedale. Per rispondere soprattutto

alle esigenze della popolazione italiana, sempre più anziana e caratterizzata da patologie croniche sempre più diffuse che richiamano quindi l'esigenza di nuovi servizi basati su innovativi approcci multi professionali di natura sanitaria e sociale.

La riorganizzazione delle cure primarie e la relazione di continuità tra ospedale e territorio costituiscono quindi un **processo irreversibile**, una leva in grado di **modificare in modo strutturale l'offerta dei servizi sanitari** ancora oggi troppo incentrata sugli ospedali.

Le azioni messe in campo a livello nazionale, tra esse oltre al decreto Balduzzi si citano la riduzione dell'offerta di posti letto (acuti e sub-acuti), la discussione in corso sul nuovo Patto della Salute con l'auspicata rivisitazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e l'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza Socio-Sanitaria (LIVEAS), i livelli minimi di copertura dell'assistenza domiciliare e le altre azioni a livello regionale delineano certamente un **quadro di riferimento fluido e in movimento**.

Entrando nello specifico, l'associazionismo, con le caratteristiche e le forme previste dal decreto Balduzzi, si sta sviluppando nelle Regioni **con formule organizzative e tempi assai diversi**. Sia per quanto riguarda le aggregazioni monoprofessionali (**AFT**), che sostituiranno l'unità elementare di erogazione delle cure primarie ossia il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, sia per quanto riguarda le aggregazioni strutturali multi-professionali (**UCCP**) costituite da professionalità di diversa natura (medica, riabilitativa, tecnica, sociale, amministrativa...). A parte **le tante sigle e terminologie utilizzate** frutto della risposta di ciascuna Regione al decreto nazionale, il fenomeno osservato evidenzia, anche per il portato delle iniziative di associazionismo sviluppatesi ante decreto Balduzzi e per un'oggettiva diversa proattività delle Regioni italiane, un **sistema "a doppia velocità"**. Al Nord, sebbene con Regioni in evidente difficoltà, un maggiore orientamento alla sperimentazione ed alla programmazione mentre al centro-Sud, sebbene si riscontrino interessanti iniziative a livello più avanzato, oggettive difficoltà ad assumere decisioni anche in relazione alle tensioni dettate dai commissariamenti in cui versa la stragrande maggioranza delle Regioni.

Gli approcci ed i modelli utilizzati per l'associazionismo sono diversi. In Lombardia ci si orienta verso l'associazionismo di rete con i **CreG (Chronic Related Group)**, un progetto che vede i Medici di Medicina Generale associati in cooperative per garantire il *disease management* dei pazienti cronici affetti da più patologie. In Sicilia si opta per la creazione dei **PTA (Presidi Territoriali di Assistenza)** vere e proprie strutture nelle quali far convergere le professionalità dei MMG per la gestione dei cronici e nelle quali sono previsti anche punti di primo intervento, servizi di continuità assistenziale con i medici della guardia medica, diagnostica di base e servizi socio-sanitari.

Anche la Puglia ha deciso di investire risorse nell'aggregazione di MMG mediante i **Centri Polifunzionali Territoriali**, con un bacino di utenti medio di 12 mila utenti, lasciando per il momento in sospenso la pianificazione di Unità Complesse di Cure Primarie.

In Toscana sono fieri sostenitori delle **Case della Salute** strutture integrate nelle quali si coordina l'attività dei MMG associati e viene realizzata l'assistenza ai malati cronici attraverso l'approccio *chronic care model*. In uno stesso luogo fisico quindi MMG, specialisti, assistenti sociali, infermieri per creare *équipe* multidisciplinari a valenza sanitaria e socio-sanitaria.

Il Piemonte, dopo la delibera del 2008 di avvio della sperimentazione delle Case della Salute (oggi attive circa 23), ha deciso di chiudere la sperimentazione e ha deliberato la creazione dei **Centri di Assistenza Primaria**, formule organizzative più integrate tra medicina generale, medicina integrata, continuità e specialistica, che fungono da punti di riferimento per le cure primarie; intorno al CAP dovranno ruotare a regime le altre forme di associazionismo e nella scelta della localizzazione la priorità è stata data alla riconversione dei piccoli presidi ospedalieri. Anche la Campania si è mossa utilizzando la riconversione di strutture ospedaliere, in particolare 7 strutture sono diventate **Strutture Polifunzionali per la Salute**, centri attivi a favore della comunità locale per la salute ed il benessere.

In questo quadro assai diversificato, la rete dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, un esercito di oltre 53mila professionisti, rappresenta "**l'asset strategico**" del territorio che, pur nelle differenze di standard professionali presenti nelle diverse Regioni italiane, costituisce **la rete di protezione del cittadino**, il cosiddetto servizio di prossimità da preservare e valorizzare anche grazie a nuovi approcci e innovative metodiche di lavoro nuove che, in sinergia con il Distretto di appartenenza, contribuiscano fattivamente alla più idonea programmazione dei servizi, al più efficace governo della domanda ed al contenimento dei costi in sanità. Esiste oggi all'interno di questa grande famiglia professionale un'opportunità dettata dal **ricambio generazionale** che va colta innestando nuove e più giovani professionalità, più pronte al cambiamento.

Il quadro di chiari e scuri è riscontrabile anche **nell'evoluzione dell'assistenza domiciliare**. La media nazionale di anziani over 65 anni assistiti in ADI, nel 2012, pari al 4%, **superiore** alla percentuale del 3,5% stabilita dal Quadro Nazionale Strategico 2007-2013, registra tra le Regioni **elevata variabilità**: dal 12% della Regione Emilia-Romagna sino all'0,4% della Valle d'Aosta e della PA di Bolzano; in particolare, le Regioni che non rientrano nel parametro del 3,5%, oltre alle due citate, sono Calabria, Campania, Marche, Piemonte, Puglia e Toscana; in Calabria ed in Campania anche l'assistenza domiciliare relativa ai servizi erogati dai Comuni nel territorio, il cosiddetto Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), risulta con una copertura inferiore alla media nazionale non raggiungendo in entrambi i casi il 70%.

Il contesto testé descritto si inserisce all'interno di una **spesa pubblica rivolta agli anziani e ai disabili non autosufficienti** (c.d. spesa per *Long Term Care* –LTC) che nel 2012 è stata pari all'1,8% del PIL, di cui circa due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni. All'interno della spesa complessiva per LTC la componente

sanitaria rappresenta il 47% del totale, circa lo 0,9% del PIL, pari al 12% della spesa sanitaria complessiva.

Il sistema per fornire risposte adeguate alla domanda assistenziale di una popolazione italiana che conta nel 2012 cittadini over 65 anni pari a circa 12,3 milioni ed una percentuale di anziani over 65 soli del 28,1% deve superare il blocco costituito **dalla definizione dei LEA socio-sanitari**. Fermo dal 2005, si optò successivamente per l'istituzione del **Fondo per le non autosufficienze** che nel tempo ha però visto diminuire, se non azzerare, gli stanziamenti. La presenza di livelli essenziali di assistenza garantiti al cittadino per legge rappresenterà certamente una potente leva per facilitare il **processo di riconversione delle cure** - ad esempio la riconversione dei piccoli presidi ospedalieri - che spesso si è interrotto nel passato contro veri e propri muri invalicabili rappresentati dalla politica locale e dalle spinte inopportune della politica. Non si può prendere realmente in carico un cittadino e garantirgli la vera continuità assistenziale se si riscontra non solo **un'offerta troppo incentrata sull'ospedale** ma anche una **frattura evidente tra ospedale e territorio** peraltro in molti casi con servizi parziali e non sufficienti.

Grande contributo in questa riorganizzazione dell'offerta potrà essere offerto soprattutto dalle **nuove tecnologie e dalla digitalizzazione**. La loro potenzialità e la loro versatilità è sotto gli occhi di tutti. E se oggi ciò che viene spesso sintetizzato con il termine anglosassone di *e-health* è purtroppo ancora in una fase iniziale, anche a causa delle inadeguatezze strutturali della nostra rete informatica, occorre essere consapevoli che il sistema non potrà che svilupparsi lungo questa direttrice: grazie alla spinta delle nuove generazioni che hanno oramai il computer ed Internet nel sangue, il supporto di nuovi e sempre più sofisticati software e device e l'auspicata diffusione in Italia della banda larga porteranno nelle case nuovi servizi di telemedicina, teleassistenza e tele monitoraggio. Far scorrere i dati clinici, i referti, le informazioni sanitarie (il fascicolo sanitario elettronico) sulla rete del resto **avvicina enormemente i punti di offerta alla domanda e crea meccanismi di conoscenza ed integrazione** sino a poco tempo fa non immaginabili. Attenzione che anche in questo campo l'Italia, e le Regioni in particolare, non arrivino fatalmente in ritardo sui delicati aspetti regolamentari e tariffari intesi a definire e regolare i servizi riconosciuti all'interno del SSN.

Si accennava prima alle nuove generazioni e agli enormi cambiamenti che grazie alla rete Internet il cittadino ha registrato in questi anni. Quanto alla sua salute, il cittadino di oggi è **sempre più informato e coinvolto** e non esistono più ostacoli alla raccolta delle informazioni. Il cittadino corre il rischio di non avere filtri adeguati ma i livelli medi di consapevolezza e conoscenza sono, nel bene e nel male, fortemente aumentati. A questo si aggiunga anche che sono aumentati i programmi di promozione ed informazione alla salute, alla prevenzione ed ai corretti stili di vita promossi non più solo dagli organi istituzionali centrali e regionali ma anche dai Comuni e dalle comunità locali. Una pioggia di informazioni che può risultare talvolta poco mirata e scarsamente incanalata nel





modo più conveniente. In questo senso, l'*informazione mirata e nei giusti tempi è la via per il corretto empowerment del cittadino*. Quando si parla di cronicità e di patologie che accompagnano la vita del paziente è imprescindibile parlare del suo coinvolgimento, di quello dei familiari e della comunità. Anche in questo campo chiari e scuri, tanti progetti spesso difficilmente riconducibili a sistema. All'educazione alla salute ed alla promozione dei corretti stili di vita occorre infine aggiungere anche corretti comportamenti all'interno del sistema poiché spesso il mal funzionamento deriva da un approccio sbagliato del cittadino, un modo distorto di intendere l'accessibilità al servizio, un giudizio spesso non fondato da elementi oggettivi quando vero e proprio pregiudizio oppure mancanza di fiducia.

In conclusione, le analisi effettuate con l'ausilio della consultazione dei documenti disponibili delle Regioni e delle Istituzioni preposte alla salute evidenziano che le parole associazionismo, presa in carico del paziente, continuità assistenziale, appropriatezza prescrittiva, deospedalizzazione, assistenza alle cronicità, sanità elettronica, educazione e coinvolgimento del cittadino *sono al centro dei pensieri dei regolatori regionali*. Esiste effervescenza progettuale ed iniziative spinte talvolta solo dall'urgenza dei conti pubblici. Anche solo così si tratta di una buona notizia se non fosse che molto spesso emerge con chiarezza una *marcata difficoltà a definire il disegno di fondo, la visione di medio-lungo termine* che indichi la strada maestra da perseguire. In questo quadro, la possibilità di mettere a fuoco modelli di riferimento a tendere, in grado di traghettare verso una sanità di iniziativa e di continuità, contribuirebbe a rendere molto più fluido il percorso di attuazione e renderlo più indipendente dalle fibrillazioni della politica. Inserire interventi ed azioni in un modello organizzativo ed assistenziale appositamente pensato e metabolizzato limiterebbe i cambiamenti di rotta, spesso peraltro ideologici e dovuti al succedersi dei governi regionali, che comportano effetti negativi sulla qualità dei servizi, incremento dei costi ed investimenti a perdere.

Resta il dubbio che, pur recependo molto positivamente quanto le Regioni hanno fatto e stanno facendo sul tema e pur parlando di un ambito così ampio e complesso come le cure primarie (ed il territorio), non si sia arrivati al punto di dover elevare di due o tre gradini il livello della discussione. Avviare quindi una *seria riflessione sulla revisione del titolo V della Costituzione* non solo negli ambiti più recentemente dibattuti, come ad esempio l'abolizione delle provincie, ma anche sull'attuale assetto "federalista" che ha visto l'aumento delle competenze delle Regioni, sanità in primis, non accompagnato da un parallelo aumento della loro autonomia fiscale; sicché ogni Ente si è trovato a poter incrementare le proprie spese senza pagare per intero il prezzo politico in termini di inasprimento delle tasse locali.



## Capitolo 3 - Risultati delle interviste ai cittadini e ai professionisti sanitari

### 3.1 Introduzione

Per completare questa prima analisi delle cure primarie in Italia, a valle della ricerca desk, sono stati sviluppati due questionari, uno rivolto ai cittadini e uno rivolto ai professionisti che operano sul territorio.

L'obiettivo della presente ricerca svolta su un campione opportunistico temporalmente definito dal periodo di raccolta delle informazioni, è stato quello di comprendere come sono state declinate sul territorio le sette parole chiave analizzate nella ricerca desk (sostenibilità, associazionismo, presa in carico del paziente, riconversione del sistema di cura, armonizzazione, *e-health*, *empowerment* del cittadino) e gli esiti organizzativi ad oggi misurabili.

I questionari, presenti in allegato, sono stati veicolati tramite web nel periodo compreso tra Agosto e Novembre 2013, avvalendosi della collaborazione di Cittadinanzattiva e altre Associazioni di Pazienti quali Cooperativa Universo Famiglia, Disabili.com, AIL Pazienti, La casadiriposo.it e, per i professionisti sanitari, CARD, la Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti. Le domande dei questionari sono state riviste in partnership da Cittadinanzattiva, da CARD e dalle imprese che hanno finanziato l'iniziativa.

Il questionario rivolto ai cittadini è stato realizzato al fine di comprendere come il cittadino percepisce le cure primarie, i suoi reali bisogni, il grado di informazione sui servizi offerti e la qualità del servizio percepita. Nel redigere il questionario si è cercato di ampliare lo sguardo sugli effetti possibili dell'associazionismo dei medici, in relazione a un potenziale miglioramento di servizio e le conseguenze economiche correlate al cambiamento che sta attraversando i servizi.

Il secondo strumento di indagine è stato strutturato per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e altri professionisti sanitari che operano nell'ambito delle cure primarie, per comprendere quale fosse la loro percezione del sistema e quale è la loro situazione organizzativa e per capire quali fossero le possibili soluzioni di miglioramento organizzativo da loro suggeriti.

Gli esiti di questa ricognizione nel Nord Centro e Sud Italia sulle cure primarie, il primo non localizzato solo a livello di ASL o singola Regione, sono per ora unici e necessiteranno quindi di una loro validazione e approfondimento, seguendo il criterio metodologico scientifico, che richiede la riproduzione dello studio per poter dare conferma ai trend emersi nell'osservazione.

### 3.2 La voce dei cittadini

Le persone che hanno deciso di aderire allo studio rilasciando la loro testimonianza sono 398, di queste il 57% risiede in Lombardia come si può osservare nella figura 3.1.

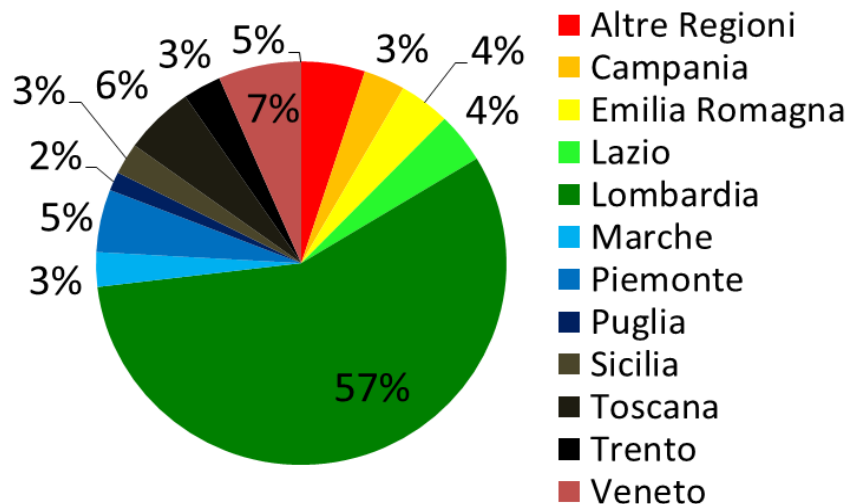


Figura 3.1: Distribuzione geografica dei cittadini che hanno aderito al questionario (n=398)

La popolazione rispondente è costituita per il 69% da donne e, l'83% delle persone che hanno aderito è in una fascia di età produttiva compresa tra i 25 e i 64 anni. Solo il 10% (figura 3.2) degli intervistati è costituito da persone over 64 anni, probabilmente a causa della modalità di compilazione via web. L'elevato livello di risposta da parte dei cittadini Lombardi è legato alla modalità di diffusione, tramite *social network*, che ha visto una grande diffusione sulla rete Lombarda. Per contenere questo effetto potenzialmente condizionante gli esiti della ricerca, tutte le analisi sono state effettuate due volte, sulle risposte complessive e senza le risposte della Lombardia. Nel report abbiamo segnalato le differenze di risposta, quando esistenti, tra la Lombardia e le altre Regioni. Quando non è specificato nulla, significa che non sono state riscontrate differenze rispetto alle altre Regioni.

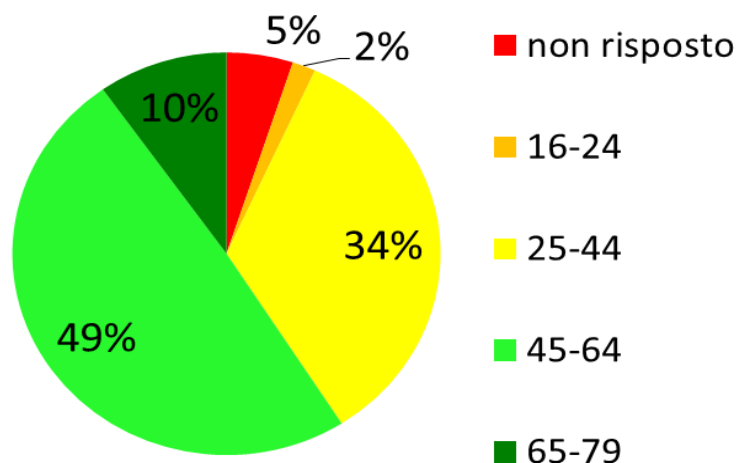


Figura 3.2: Età dei cittadini che hanno aderito al questionario (n=398)

### Bisogno di salute

Per comprendere i bisogni di cura delle persone che hanno risposto all'intervista è stato chiesto loro se all'interno del nucleo familiare ci fosse una persona affetta da almeno una patologia classificata come cronica. Il 43% (figura 3.3) degli intervistati afferma di soffrirne in prima persona, e questo è un dato che conferma la grande prevalenza delle patologie croniche anche in una popolazione adulta, non anziana, mentre il 22% ha un familiare affetto da patologia cronica.

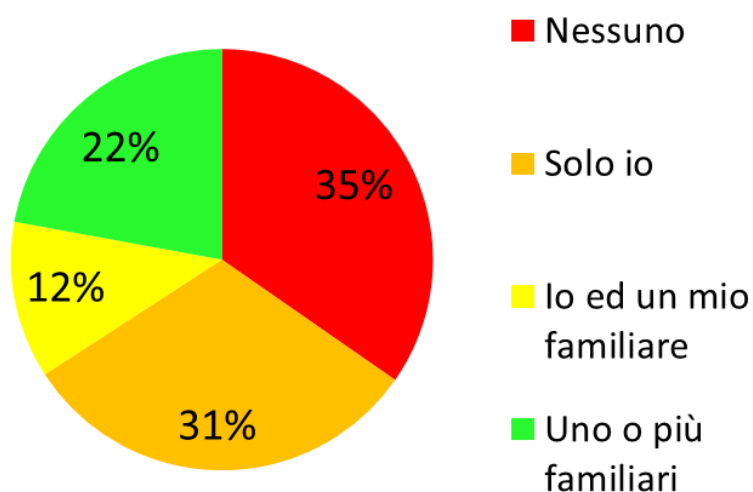


Figura 3.3: Presenza di una persona con patologia cronica all'interno del nucleo familiare dei rispondenti (n=398)

Per cogliere le necessità di salute è stato chiesto quale fosse l'età del familiare che usufruisce maggiormente del servizio sanitario. Come si può notare dalla figura 4

l'età media aumenta e la percentuale di persone over 64 è pari al 24%, tale dato è in linea con i dati ISTAT.

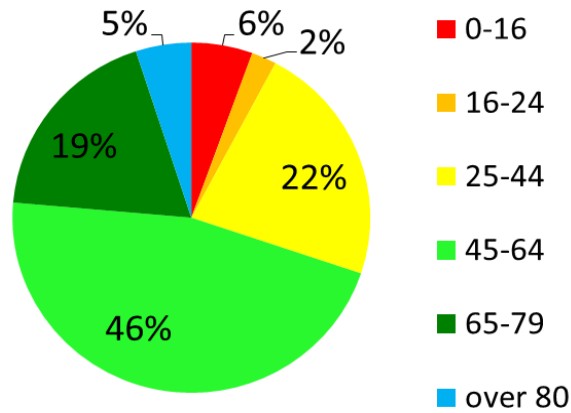


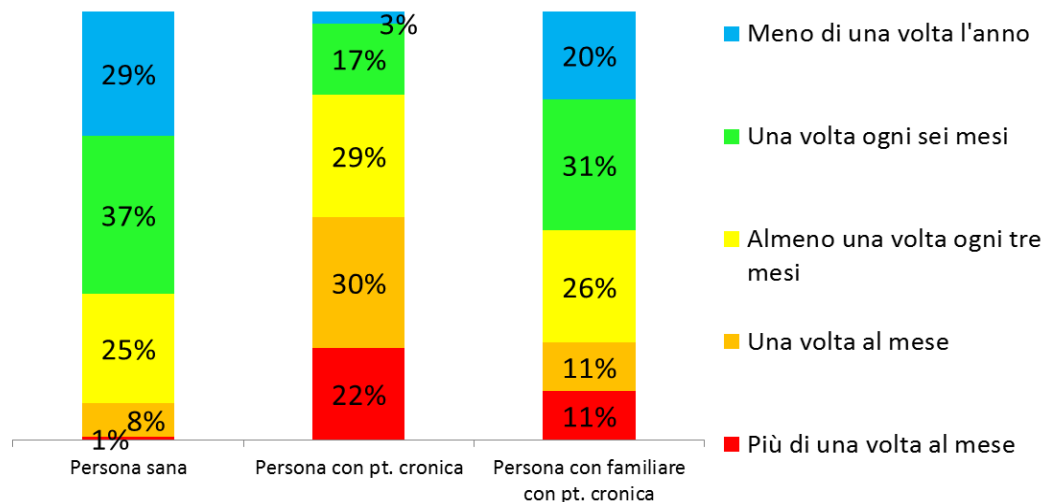
Figura 3.4: Età dei familiari dei rispondenti che usufruiscono maggiormente del sistema sanitario (n=398)

### Il rapporto con il proprio medico di medicina generale

#### *La frequenza di visite*

Allo scopo di indagare come fosse il rapporto tra i cittadini e il medico di medicina generale (MMG) è stato chiesto agli intervistati con quale frequenza si recano dal proprio medico di famiglia. Come si può osservare dal grafico sottostante, le persone sane si recano al massimo 2 volte l'anno presso il proprio MMG nel 66% dei casi, mentre la maggioranza delle persone con una patologia cronica (pari al 52%) effettuano visite mensili. Da notare che il 20% di persone con patologia cronica effettua visite dal proprio medico al massimo 2 volte l'anno, e questo dimostra che c'è una buona parte di popolazione che, seppur affetta da patologia cronica, si reca con una frequenza "non allarmante", "non ipocondriaco", dal proprio medico.

Figura 3.5: Rappresentazione della frequenza con cui i cittadini con diversi bisogni di cura si recano dal proprio medico di medicina generale (n=398)



*Perché andare dal medico?*

Come si può notare dalla figura 3.6 i cittadini si recano dal proprio medico di famiglia principalmente per la prescrizione di farmaci o per l'impegnativa per visite specialistiche o esami diagnostici, raramente si recano dal MMG per visite di controllo o per educazione alla salute, per ottenere questo dato è stato chiesto di mettere in ordine dalla più frequente (punteggio 5) a quella meno frequente (punteggio 1) la motivazione che li spinge a recarsi dal medico curante.

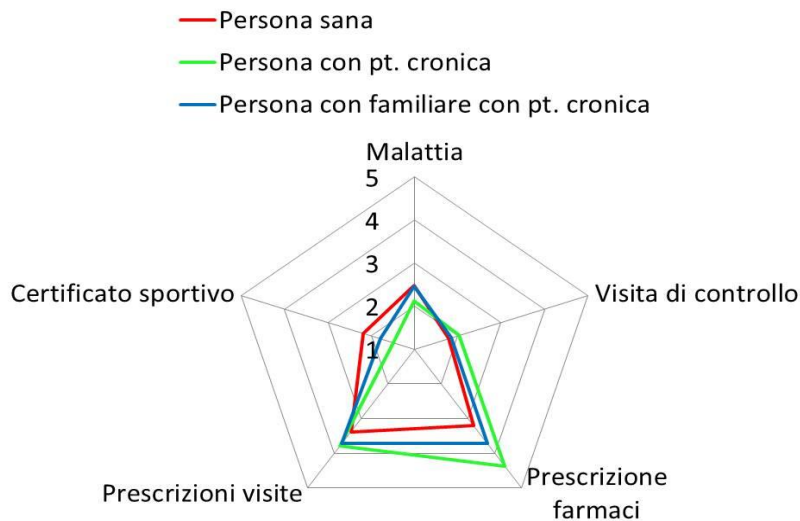


Figura 3.6: rappresentazione delle principali prestazioni per cui i cittadini con diversi bisogni di cura si recano dal proprio medico di medicina generale (n=398)

Questo dato indica che dal medico di medicina generale ci si rivolge soprattutto in modo reattivo, e poco in modo preventivo e proattivo: la medicina generale, a detta dei cittadini, è ancora lontana dall'essere una medicina di iniziativa, dove i medici di medicina generale educano i pazienti agli stili di vita più adeguati.

La medicina generale è un posto di transito per prescrizioni di farmaci, di visite, di certificati sportivi, un luogo di carte amministrative e di disbrigo di burocrazia; ciò allontana e toglie tempo al medico che dovrebbe invece dedicarsi principalmente ad attività di *empowerment* e di tutela della salute come le visite di controllo e gli interventi terapeutici in caso di malattia.

Passando alle testimonianze aperte inserite nel questionario dai cittadini si legge: *"Il medico di base è nella mia percezione un solo produttore di prescrizioni, non è un consulente medico in grado di proporre cure un po' più complesse della solita influenza"*, *"Vi è mancanza di connessione reale e operativa con la rete di servizi/specialisti/ospedali che intervengono nella cura di alcune patologie che necessitano un monitoraggio costante."*, *"Vorrei che il medico di base fosse più attento a seguire il percorso del paziente cronico, non delegando tutto ai vari*

*specialisti. Dovrebbe essere quello che alla fine tira le somme, e non lasciare al paziente le decisioni.”*

Una delle possibili soluzioni per la sanità per migliorare il lavoro e la qualità professionale è stato pensato nell’associazionismo, di cui si possono trovare gli esiti nel paragrafo sottostante.

*L’associazionismo e i suoi esiti*

In merito all’associazionismo, ovvero le formule organizzative che prevedono la condivisione di spazi, servizi e percorsi diagnostico terapeutici (vedi ricerca desk), le domande erano volte alla conoscenza dell’associazionismo presso i cittadini e alla sua percezione: le risposte sono state analizzate Regione per Regione al fine di rilevare se i dati evidenziati dalla ricerca desk fossero confermati anche dalle testimonianze dei cittadini.

In questa indagine, la percentuale di persone il cui medico aderisce ad una associazione di gruppo o di rete è pari a circa il 25,52% con un massimo pari al 42,86% in Toscana ed un minimo pari al 15% in Piemonte. Il 40% degli intervistati, però non è stato in grado di dare un nome appropriato alla struttura organizzativa di cui il proprio medico fa parte, e solo il 7% di chi ha provato a dare un nome ha indicato una forma presente nella Regione di riferimento, a testimoniare un vuoto informativo, elemento che poi emergerà anche in altre analisi.

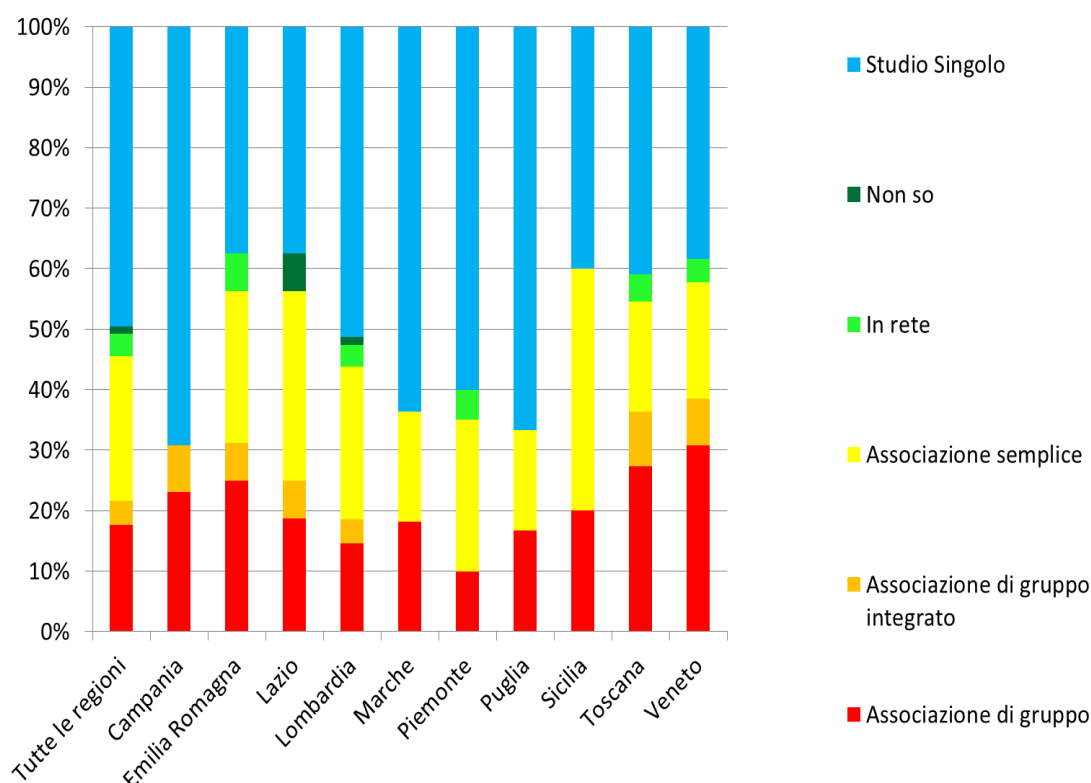


Figura 3.7: Rappresentazione dell’organizzazione in forme associative dei medici di medicina generale dei cittadini rispondenti (n=398)

Considerando il grado di soddisfazione dei cittadini e la tipologia di associazione a cui aderisce il medico curante è possibile osservare (Fig. 3.8) che le persone sono mediamente più soddisfatte se il proprio medico aderisce ad una forma di associazionismo (su una scala da 1 a 4, il punteggio 1 indica scarsa soddisfazione mentre il punteggio 4 indica il maggior grado di soddisfazione).

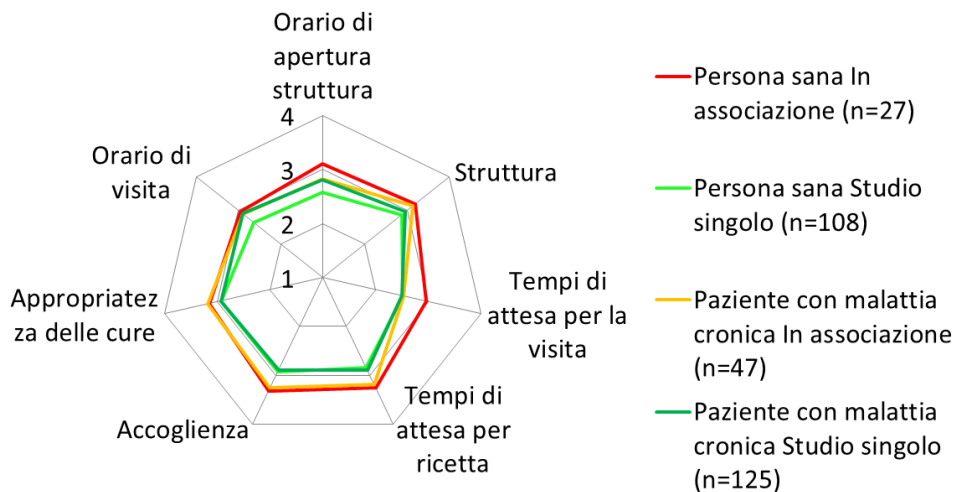


Figura 3.8: Grado di soddisfazione dei cittadini rispondenti sul rapporto con MMG (n=307)

Il buon funzionamento dell'associazionismo è dimostrato anche dal fatto che i cittadini, quando il proprio medico non è presente, si rivolgono in misura minore al pronto soccorso, alla guardia medica o a medici privati usufruendo della possibilità di rivolgersi ad un medico dello stesso studio. Infatti, come si nota dalla figura 3.9, la percentuale di persone che in caso di bisogno si rivolge al pronto soccorso passa dal 14-13% se il medico è in studio singolo al 7-6% se il medico è in associazione. Grazie all'associazionismo il ricorso ad un medico privato passa dal 13% al 7% in valore assoluto per i cittadini sani mentre nel caso di persone con patologie croniche il calo in valore assoluto è maggiore passando dal 14% al 4%. E questo, in valore relativo, grazie al fatto di trovare sempre qualche medico referente nello studio medico di famiglia, quando il medico non è reperibile nel suo studio i pazienti si rivolgono in misura inferiore del 50% al pronto soccorso, del 50% la guardia medica e, addirittura, del 75% a medici privati a pagamento.



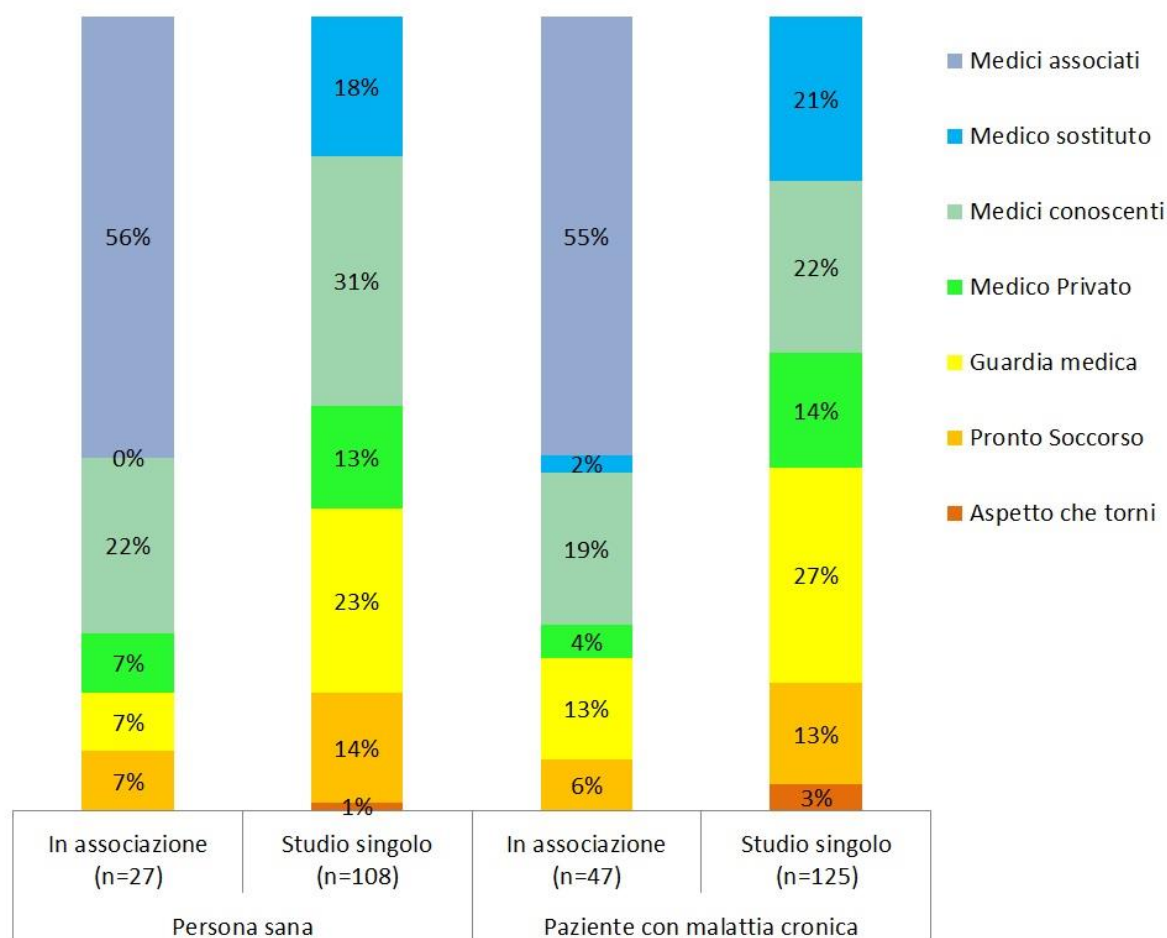


Figura 3.9: rappresentazione delle risposte alla domanda "in caso di bisogno se il suo medico non è reperibile a chi si rivolge?"

Veniamo alle testimonianze scritte di chi dispone di medici associati: *"c'è sempre un medico secondo gli orari del mio e tutti hanno la mia cartella clinica con farmaci ed eventuali prescrizioni"*, *"c'è la possibilità di avere una prescrizione di farmaco anche in assenza del proprio medico svantaggi: -orario di apertura della sede abbastanza ampio ma possibile accedere all'assistenza da parte degli altri medici solo in caso di assenza del proprio"*, *"esiste una copertura in caso di bisogno, anche per la sola prescrizione di farmaci."*, *"La possibilità di consultare altri medici quando il mio medico non è presente; l'opportunità di avere alcuni specialisti nella stessa struttura; orari di apertura che coprono per la maggior parte della settimana l'intero arco della giornata"* e da ultima voce che ci dice che si potrebbe fare di più anche nell'associazionismo: *"non vedo alcuno svantaggio nell'associazionismo, ma se non si conosce gli altri medici e non vengono presentati, uno non ha nessun motivo per rivolgersi a loro"*, richiedendo quindi la presentazione del suo caso anche agli medici associati.



E alla domanda aperta “*Vorrebbe che il suo medico si associasse*”?, queste risposte significative:

*"Sì, perché ho avuto modo di vedere altri studi associati e sono disponibili dalle 8 alle 20 e non c'è fila", "Sì, se all'interno dello studio ci sono medici con più specializzazione può essere molto utile", "Sì perché potrei avere una continuità relativamente alla figura di un suo sostituto e perché potrei trovare una visione d'insieme, meno frammentata, della situazione sanitaria vissuta.", "Credo che se aderisse ad un'associazione correrei il rischio di perderlo come punto di riferimento.", "Sì. Lo ritengo una scelta coraggiosa, di condivisione dei punti di vista e di eventuali dubbi che possono essere facilmente risolti attraverso un confronto con altri medici. Migliorerebbe anche il tasso di fiducia della popolazione e l'aderenza terapeutica.", "La presenza quasi costante di un medico mi tranquillizzerebbe, anche perché quando ho avuto la necessità di una visita urgente domiciliare, il mio medico di base si è rifiutato e mi ha consigliato andare al pronto soccorso.", "Non so valutare, perché non mi sono chiare le caratteristiche dell'associazione".*

### **Il rapporto con il farmacista**

Un altro attore presente sul territorio e con il quale interagiscono costantemente i cittadini, in quanto presente in prossimità, è il farmacista. Studiare la relazione che i cittadini instaurano con questa figura professionale significa inquadrarne il ruolo e la sua utilità nel distretto.

In caso di malore, il 68% delle persone che ha rilasciato la propria testimonianza non chiede consiglio al farmacista evidenziando così l'importanza del medico agli occhi del cittadino e il confine di questa professione; ma se consideriamo la distinzione tra chi dispone di un medico in associazione e chi si rivolge allo studio singolo, in dato di non ricorso al farmacista passa dal 74% per i cittadini che possono fare conto sull'associazione al 66% se il medico è in studio singolo; anche in questo caso emerge che il punto di riferimento per il cittadino nel luogo dove vive diventa lo studio associato.

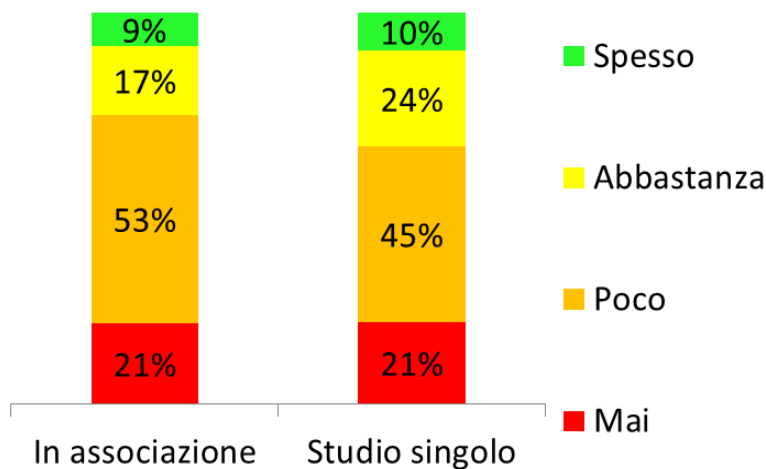


Figura 3.10: Rappresentazione della predisposizione dei cittadini a chiedere consiglio al farmacista (n=358)

Il farmacista è spesso però capace di rispondere alle necessità dei cittadini consigliando efficacemente dei farmaci da banco (90%), senza però sostituirsi al medico ma anzi consigliando di rivolgersi al proprio medico curante nel caso in cui la situazione lo richieda (61%).

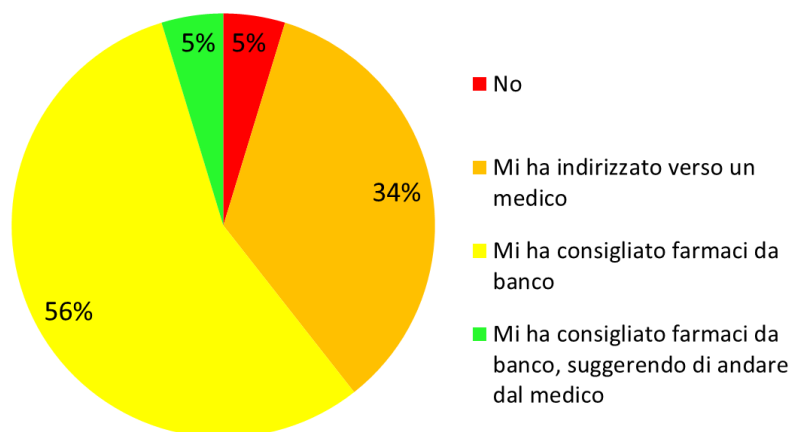


Figura 3.11: Rappresentazione delle risposte fornite dal farmacista ai cittadini che gli chiedono consiglio (n=290)

### Cure domiciliari

Il 14% (n=55) degli intervistati ha usufruito direttamente di un servizio di assistenza domiciliare o ha un familiare che se ne è avvalso. Di questi, il 50% ha avuto bisogno di questo servizio perché affetto da malattie croniche, il 31% da malattie in fase terminale e il 19% per invalidità (figura 3.12).

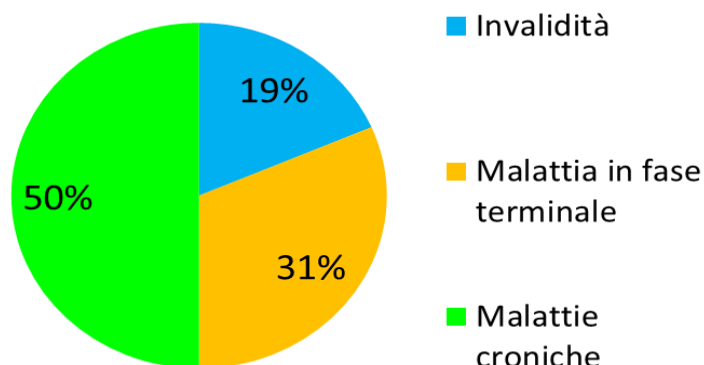


Figura 3.12: Rappresentazione delle motivazioni per le quali i cittadini hanno usufruito del servizio di assistenza domiciliare (n=54)

Il personale che ha erogato il servizio di cure domiciliari, secondo gli intervistati, appartiene nella maggioranza dei casi l'azienda sanitaria pubblica (81%-64%). Il dato che risulta particolarmente rilevante è che in Lombardia solo il 25% dei residenti (figura 3.13) identifica l'operatore come appartenente ad una azienda privata, in realtà sono state stipulate convenzioni con i "pattanti" nel 100% delle ASL, attraverso l'adozione di un modello di partnership tra "pubblico" e "impresa privata".

La risposta dei cittadini indica quindi la mancanza di una completa informazione da parte dell'ASL relativamente all'azienda che si è aggiudicata la gara dei servizi domiciliari, avendo così l'impressione che il personale che li assiste sia principalmente del servizio pubblico.

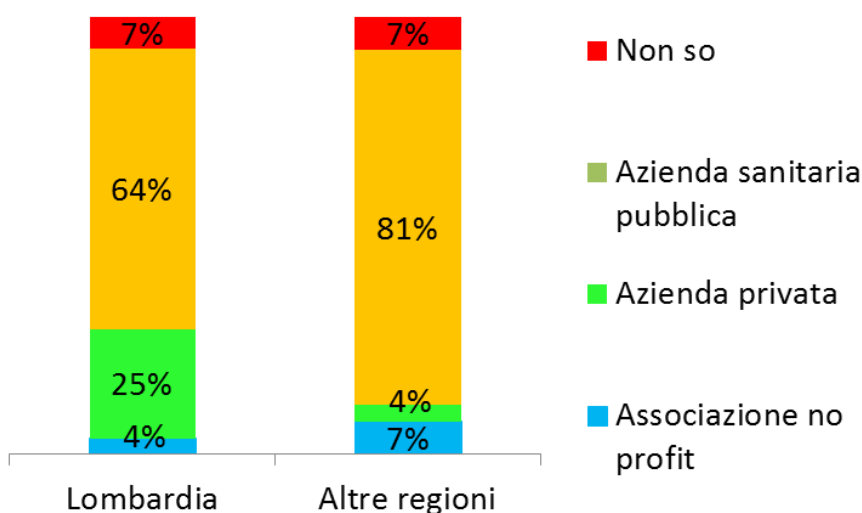


Figura 3.14: Rappresentazione degli enti che hanno fornito il servizio di assistenza domiciliare ai rispondenti (n=55)

### *La qualità percepita delle cure domiciliari*

Per quanto riguarda il grado di soddisfazione delle persone che hanno usufruito del servizio di assistenza domiciliare nell'85% dei casi hanno risposto di essere molto o abbastanza soddisfatte (figura 3.15). Questo dato di convergenza indica ancora una volta, come emerso dalle altre indagini nell'Osservatorio delle Cure a Casa di Fondazione ISTUD e dai dati di AGENAS come il modello di cure domiciliari sia un servizio "vincente" sul quale è sempre più necessario investire attraverso la riconversione dei professionisti, principalmente formati in ospedale, in un momento storico che prevede decrescita di posti letto. "Aumentare i servizi domiciliari con figure mediche ed infermieristiche non solo per i malati cronici" è una richiesta che sottolinea quanto emerso dai numeri.

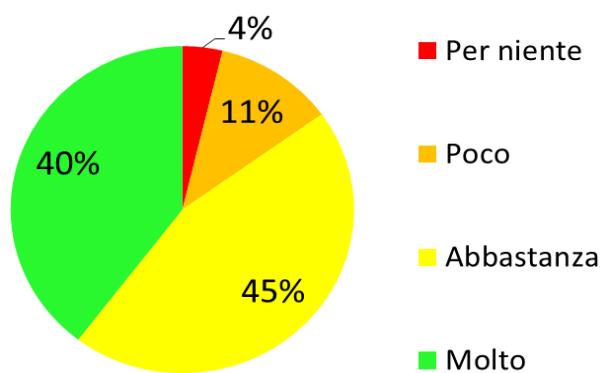


Figura 3.15: Rappresentazione del grado di soddisfazione dei cittadini che hanno usufruito del servizio di assistenza domiciliare (n=54)

### *La libertà di scelta*

È stato chiesto ai cittadini come valutino la possibilità di avere una lista di organizzazioni qualificate che erogano assistenza domiciliare sul proprio territorio per poter essere informati e scegliere autonomamente e in modo autodeterminato, senza l'imposizione del fornitore della ASL. Solo il 2% dei rispondenti (figura 3.16) ha giudicato questo strumento per nulla utile, mentre il 82% lo troverebbe molto o abbastanza utile, riflettendo l'esigenza di essere maggiormente informati relativa al provider che gestisce le cure domiciliari, per poter essere liberi di scegliere. D'altro canto, se il servizio sanitario è pubblico e poggia sulla fiscalità dei cittadini, in un principio di *governance* dei cittadini, è un diritto essere informati e scegliere non solo il proprio medico curante ma anche tutto l'insieme di fornitori che effettuano cure domiciliari.

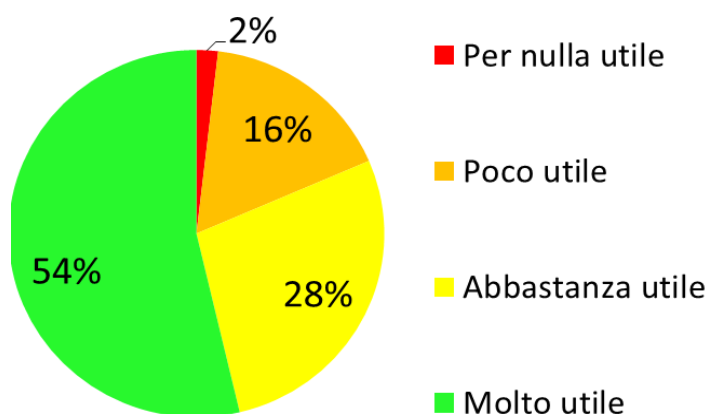


Figura 3.16: Rappresentazione della risposta alla domanda *“Come valuta la possibilità di avere una lista di organizzazioni qualificate che erogano Assistenza Domiciliare sul suo territorio?”* (n=54)

### Cure intermedie

Per comprendere la conoscenza sull'offerta territoriale delle strutture di cure intermedie è stato chiesto ai cittadini di indicare quali strutture fossero presenti vicino alla loro residenza. La struttura presente e nota risulta essere la Residenza Sanitaria Assistenziale come testimonia il 63% dei rispondenti (figura 3.17). Da notare che il 29% ha indicato di non sapere o di non essere adeguatamente informato sulle strutture presenti, ancora sottolineando la lacuna informativa.

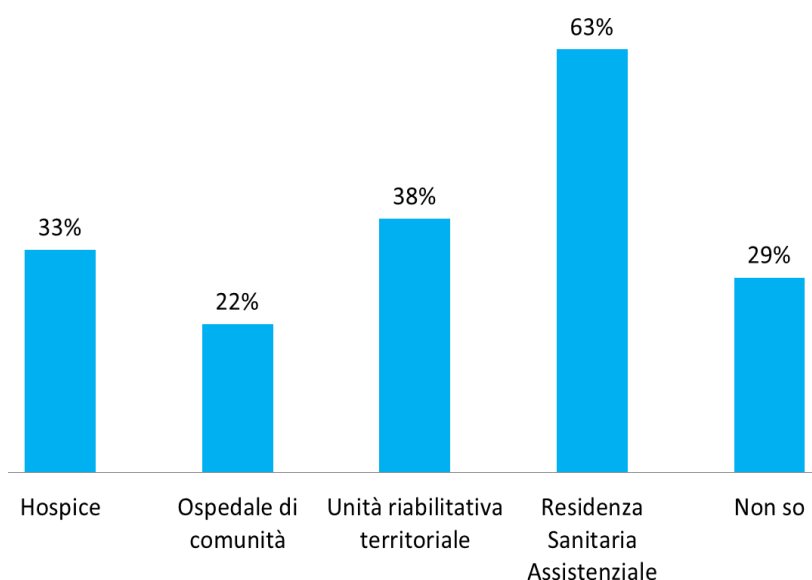


Figura 3.17: Rappresentazione della risposta alla domanda *“Nella sua zona di residenza sono presenti strutture di cure intermedie?”* (n=398)

Le persone che hanno usufruito direttamente o che hanno un familiare che ha avuto bisogno di essere ricoverato in una di queste strutture sono il 26% (figura 3.18), rispetto alle persone che non ne hanno mai avuto bisogno per sé o per un proprio familiare. Solo il 2% dei rispondenti non ha trovato letti disponibili nella struttura, mentre il 3% ha affermato che nel momento del bisogno la struttura non era presente.

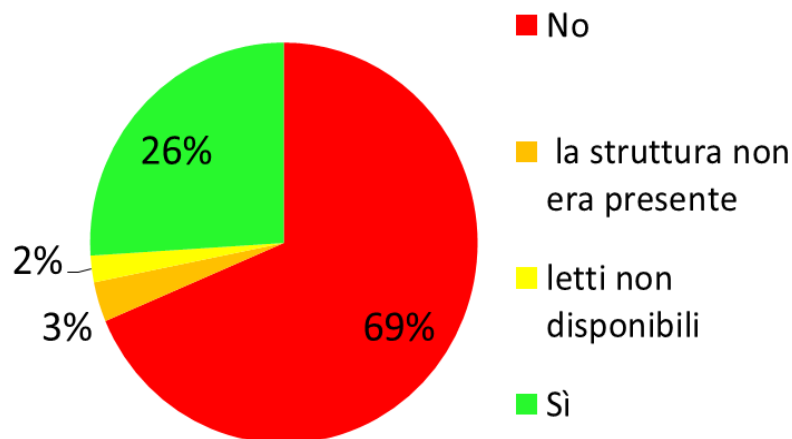


Figura 3.18: Rappresentazione della persone che sono ricorse a cure presso strutture intermedie (n=398)

Alle persone che hanno avuto modo di usufruire di una di queste strutture è stato chiesto di indicare il proprio grado di soddisfazione riguardo le cure ricevute: la valutazione è mediamente al di sopra della positività (figura 3.19), circa il 25% però afferma di aver riscontrato dei disservizi e quindi di essere poco o per nulla soddisfatto.

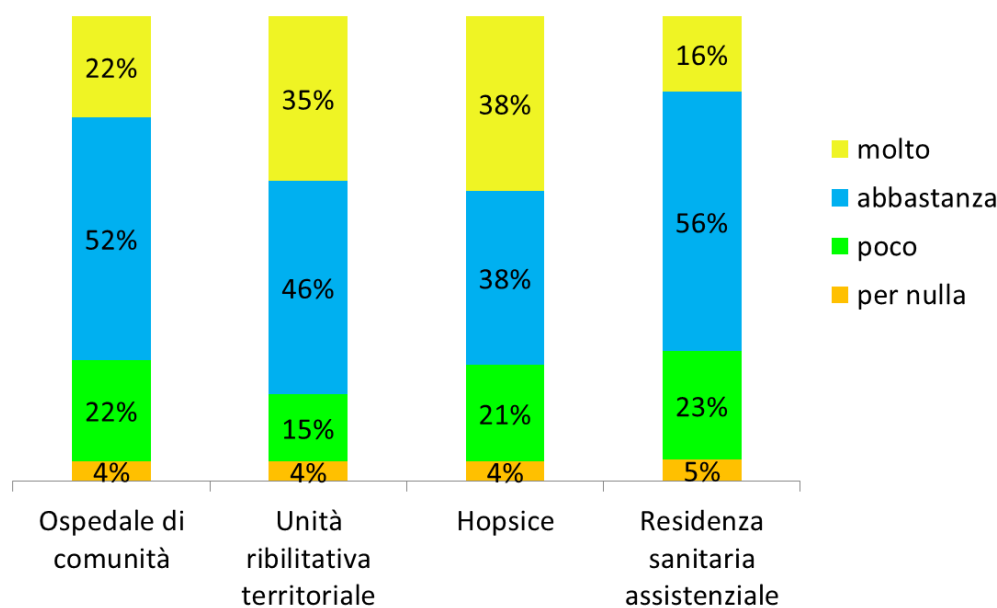


Figura 3.19: Rappresentazione del grado di soddisfazione delle persone che sono ricorse a cure presso strutture intermedie (n=97)



In particolare i disservizi più percepiti sono la scarsità del personale e una carente assistenza medica/infermieristica nel 36,36% delle risposte e il 27,27% dei rispondenti lamenta poca umanità da parte del personale (figura 3.20).

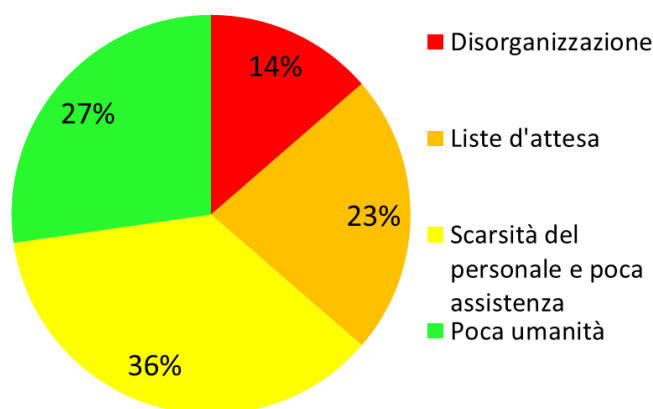


Figura 3.20: Rappresentazione dei principali disservizi rilevati dalle persone che sono ricorse a cure presso strutture intermedie (n=19)

In alcuni verbatim così scrivono i cittadini sulle cure intermedie: «lungaggini nelle prenotazioni e mancanza di medico di riferimento», «spersonalizzanti, assistenza sanitaria inadeguata», «scarsità del personale, anziano sostanzialmente solo, poca umanità». Se le cure domiciliari hanno ricevuto un'alta valutazione da parte dei cittadini, e la loro richiesta principale è di saperne di più per poter scegliere, nelle cure intermedie essi danno un giudizio più severo, dovuto anche all'essenza del luogo come una RSA, che nel percepito collettivo è un luogo *spersonalizzante*, in quanto allontana il paziente dalla propria casa, e quindi toglie e mette a rischio l'identità stessa.

### **L'assistenza protesica**

Un altro indicatore della qualità dei servizi erogati sul territorio è il funzionamento dell'assistenza protesica. Un'altra voce di spesa all'interno del budget regionale destinato alle cure primarie è la fornitura di ausili e protesi da parte della ASL. Il 14% (n=56) dei cittadini che hanno risposto all'intervista si avvale del servizio di assistenza protesica, o ha un familiare che ne dispone. A queste persone è stato chiesto il grado di soddisfazione in merito a qualità, quantità e servizio ricevuto e in merito alla procedura e tempi di attivazione. L'88% (figura 3.21) delle persone che ha utilizzato il servizio di assistenza protesica è soddisfatto riguardo alla qualità, alla quantità e al servizio (figura 3.21.A), mentre questa percentuale cala fino a raggiungere il 59% per quanto riguarda le procedure e i tempi di attivazione (figura 3.21.B).

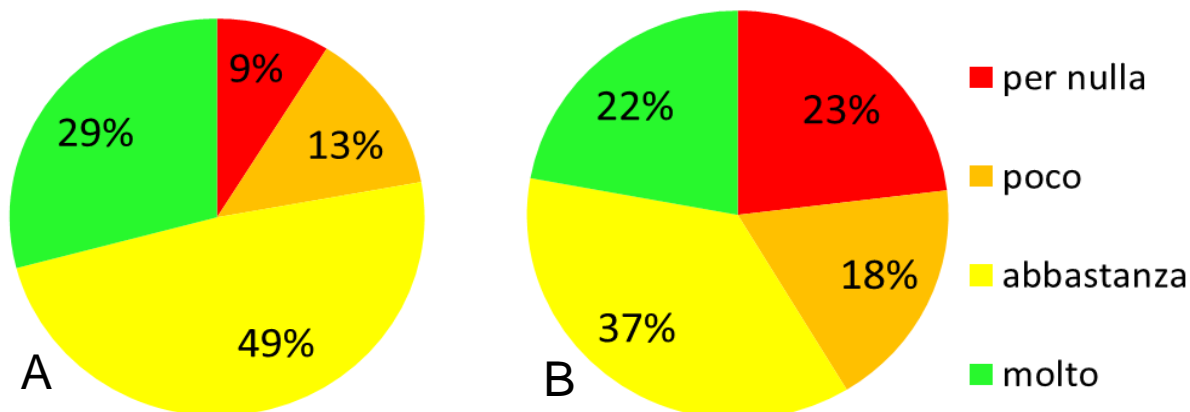


Figura 3.21: Rappresentazione del grado di soddisfazione di coloro che hanno usufruito del servizio di assistenza protesica in merito a qualità, quantità e servizio ricevuto (grafico A) e in merito alla procedura e tempi di attivazione (grafico B). (n=56)

In particolare il 43% delle persone che ha usato la fornitura di protesi o ausili ha lamentato dei disagi in questo servizio: oltre ai lunghi tempi di attesa (45,83%) e alla eccessiva burocrazia (41,67%), vengono segnalate anche l'incompetenza e la "maleducazione" del personale della ASL (25%) e la non possibilità di scelta dell'ausilio (20,83%) che spesso si riflette nel doversi accontentare di un ausilio scadente o non adatto alle proprie esigenze. Solo il 12,5% ha dovuto affrontare dei ritardi alla consegna, indice di un buon servizio da parte dei fornitori (figura 3.21).

Per comprendere maggiormente il rapporto con i fornitori di ausili è stato chiesto di indicare il numero di tali fornitori; il 79% dei cittadini si confronta con un solo fornitore e solo il 4% con più di 3 (figura 3.22).

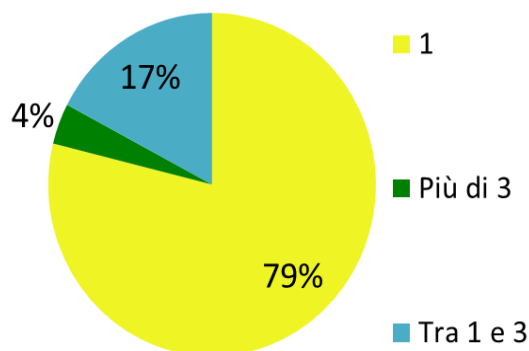


Figura 3.22: rappresentazione del numero di fornitori con cui si rapportano i cittadini che hanno usufruito del servizio di assistenza protesica (n=56)

## E-health

All'interno del Sistema Sanitario Nazionale si sta sempre più affermando la necessità di implementare delle infrastrutture tecnologiche al fine di fornire servizi più completi ed efficienti ai cittadini, tali servizi vengono denominati di *e-health*, o sanità elettronica.

E' quindi stato indispensabile, per mettere a fuoco il quadro relativo alle cure primarie ed alla loro evoluzione, chiedere ai cittadini se nella propria Regione fossero presenti e attivi i servizi più evoluti di *e-health* quali la disponibilità di Referti *on line*, il teleconsulto medico e il Fascicolo Sanitario Elettronico (F.S.E) che contempla la cartella clinica assieme ai referti *on line*. Le persone che hanno risposto "No" sono in media 15% per i Referti *on Line*, 19% per F.S.E. e 32,56% per il teleconsulto medico. Le persone che hanno risposto "Si" sono in media 54,25% per Referti *on Line*, 29,64% per F.S.E. E 4,36% per il teleconsulto medico, ma sono presenti forti differenze regionali (figura 3.23).

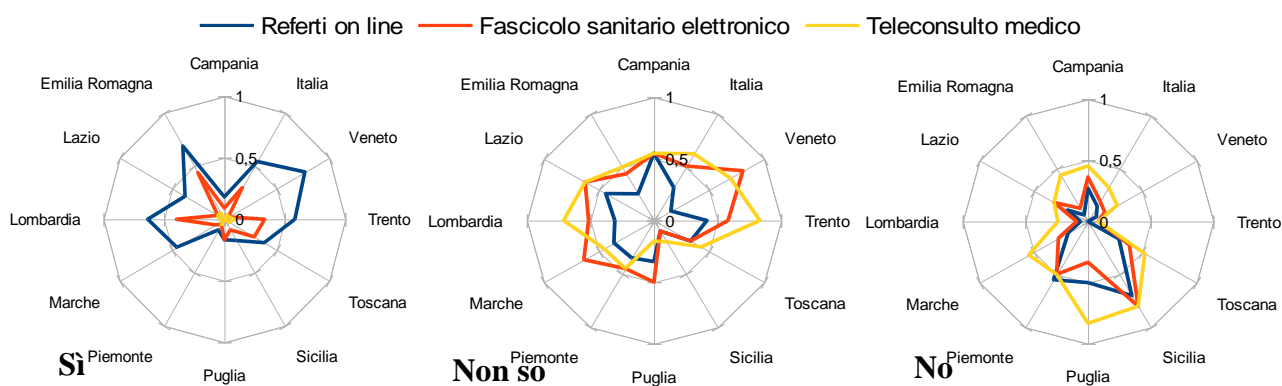


Figura 3.23: rappresentazione della presenza di servizi informatizzati secondo il percepito dei cittadini che hanno partecipato all'osservatorio (n=398)

Anche in questo caso, a conferma della scarsa informazione dei cittadini riguardo le offerte di cure presenti nella propria Regione, coloro che dichiarano di non conoscere i servizi di *e-health* presenti nella loro Regione sono in media il 31,11% per Referti *on Line*, il 51% per F.S.E e il 62,56% per il teleconsulto medico (figura 3.23).

Il servizio più diffuso al momento è il ritiro *on line* dei referti di esami diagnostici, anche se nelle Regioni in piano di rientro l'attivazione risulta scarsa: il valore minimo si ha in Piemonte, dove solo il 10% degli intervistati ha risposto "Si".

Per quanto riguarda l'utilizzo dell'*e-health*, anche nelle Regioni in cui i servizi risultano attivi la percentuale di pazienti che li utilizza è circa il 52% con il massimo rappresentato dalla provincia di Trento (75%). Da notare che in Emilia Romagna, la Regione che dalla ricerca desk è risultata la più attiva in questo ambito, solo il 38% dei rispondenti dichiara di avvalersi di questo servizio:

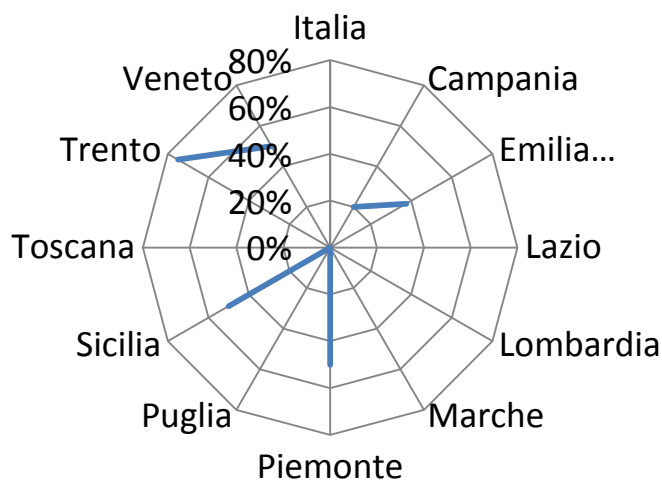


Figura 3.24: Rappresentazione dell'utilizzo da parte dei cittadini dei sistemi informatizzati dove questi risultano attivi (n=229)

Le cause principali del mancato utilizzo sono i problemi tecnici riscontrati (51%), sia durante l'utilizzo sia durante il processo di attivazione, e la scarsa conoscenza del loro funzionamento (24%). Da notare che il 10% dei rispondenti afferma di non utilizzare alcuni di questi strumenti di *e-health* solo perché non sono attualmente disponibili nella propria Regione, ma sarebbero interessati a potervi accedere (figura 3.25).

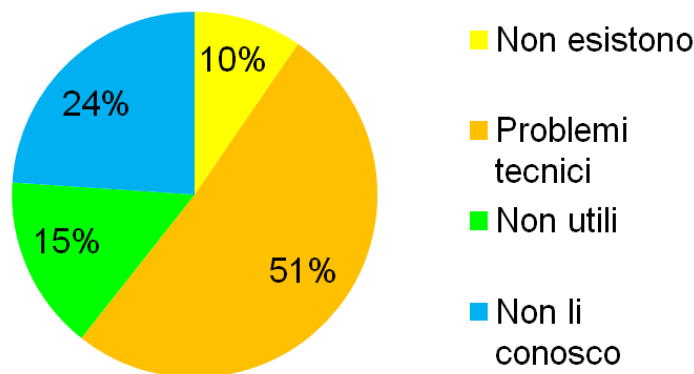


Figura 3.25: rappresentazione dei disservizi rilevati nell'utilizzo da parte dei cittadini dei sistemi informatizzati dove questi risultano attivi (n=184)

Questi dati, oltre che a rappresentare l'eterogeneità tra le diverse Regioni, sottolineano il ritardo dello sviluppo dell'*e-health*, della sua conoscenza e applicazione rispetto alle normative nazionali e regionali.

### Le fonti informative

Per quanto riguarda le fonti da cui i cittadini traggono informazioni riguardo ai cambiamenti che avvengono al servizio sanitario nella Regione di residenza, dalle risposte si evince che per il 55% dei rispondenti la carta stampata è il mezzo principale per essere aggiornati, al secondo posto troviamo internet (35%) e al terzo posto TV e radio (30%). Il medico di medicina generale si pone come punto di riferimento per l'accesso al sistema sanitario per il 28% dei cittadini. Agli ultimi posti di questa graduatoria troviamo le Aziende Sanitarie (12%) e le associazioni di pazienti (5%) (figura 3.26). Poiché alla divulgazione del questionario hanno collaborato quattro associazioni di pazienti, una così bassa percentuale che indica le associazioni di pazienti come veicolo di informazioni può essere segnale del fatto che le associazioni comunicano maggiormente informazioni relative alla patologia e ai possibili interventi terapeutici piuttosto che orientare gli associati relativamente all'offerta di cura presente sul territorio.

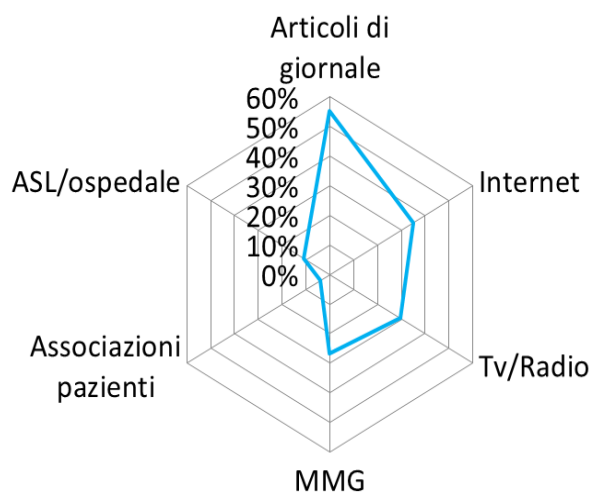


Figura 3.26: Rappresentazione delle principali fonti informative utilizzate da parte dei cittadini (n=398)

In merito al grado di informazione percepito dai cittadini, le risposte riflettono esattamente quanto si era già intuito dalle analisi precedenti: il 79% degli intervistati giudica di essere poco o per nulla informato sui servizi sanitari forniti e sulle nuove disposizioni nella ASL (grafico 3.27). E' un risultato critico che sottolinea una volontà di trasparenza maggiore, e dietro questo, un elevato grado di sfiducia nelle istituzioni, benché i cittadini abbiamo promosso l'associazionismo e le cure domiciliari.

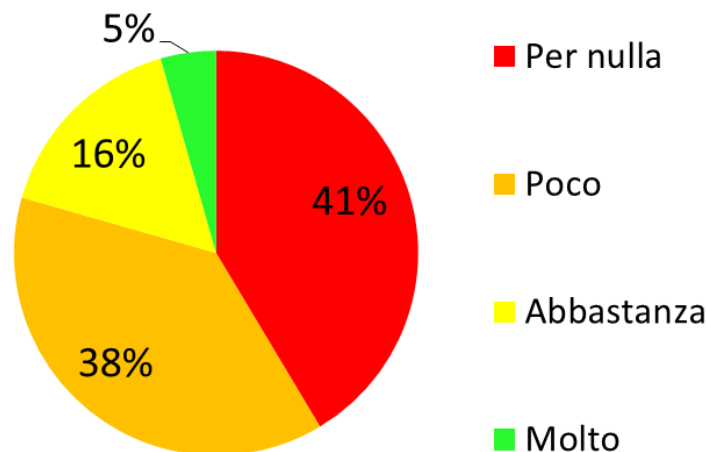


Figura 3.27: Rappresentazione del grado d'informazione percepito dai cittadini (n=398)

A sostegno di quanto emerso numericamente, queste sono le testimonianze di alcuni pazienti:

*"Manca l'informazione di quello che è disponibile e molto spesso quando si accede agli uffici preposti per avere informazioni ci sono persone poco competenti e poco disponibili a fornire informazioni. Si acquisiscono informazioni 'per sentito' dire", "Non so quello che c'è e quello che manca perché c'è poca informazione e se c'è è inefficace. Quello che so è che servono più soldi e meno sprechi per far funzionare un servizio sanitario invece si sta tagliando tutto e male. Senza criterio. ", "Sono sicura che la ASL fornisce una serie di servizi di cui nessuno è a conoscenza."*

### Le spese mediche

Per comprendere come la cura della propria salute impatti economicamente sulla vita dei cittadini è stato chiesto di quantificare la spesa sostenuta annualmente per visite e farmaci, escludendo le spese odontoiatriche. Dei cittadini sani, il 47% spende annualmente meno di 500 euro, ma si osserva anche che circa l'11% investe più di 1500 euro l'anno in spese diagnostiche e mediche, includendo medicina complementare, non riconosciuta dal servizio sanitario, e spese in oculistica e psicoterapia.

Se osserviamo le testimonianze dei pazienti cronici il 31,6% delle persone con patologia cronica paga più di 1500 euro l'anno quando il proprio medico è in uno studio singolo, mentre se il medico collabora ad una forma di associazionismo questa percentuale scende al 19,5% (figura 3.28). Questo è un dato che sottolinea il vantaggio non solo organizzativo e clinico per i cittadini dell'associazionismo ma anche economico.

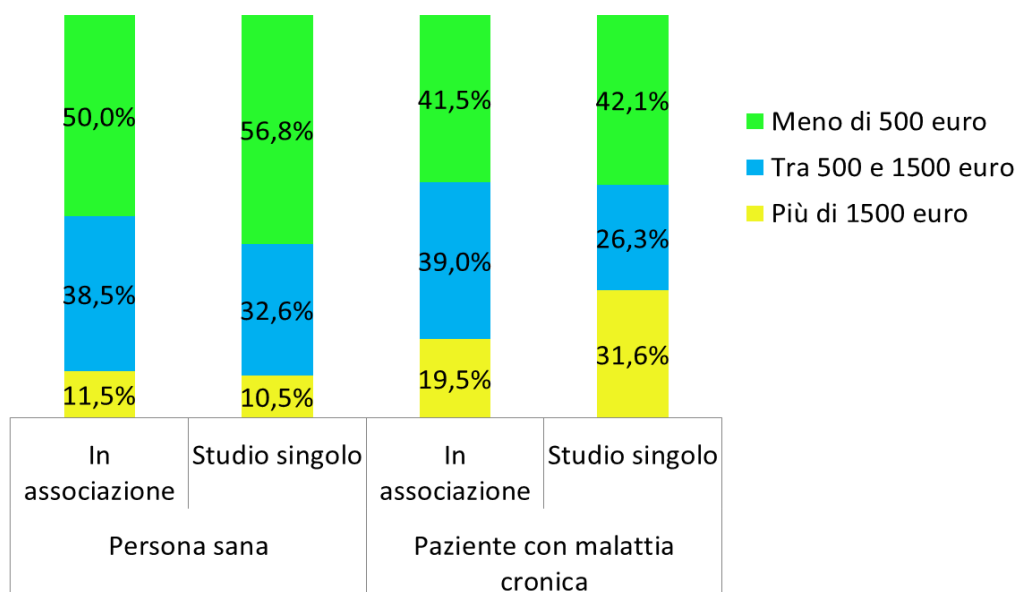


Figura 3.28: Rappresentazione della spesa sanitaria annua sostenuta dai cittadini (n= 398)

*Stipulare un'assicurazione*

E' stato chiesto ai cittadini di esprimersi riguardo alla possibilità di attivare l'assicurazione. Le risposte, qui divise tra Lombardia e Regioni restanti, hanno mostrato che i residenti in Lombardia sono più propensi a questa soluzione, infatti il 31% ha già stipulato un'assicurazione, rispetto al 15% nelle altre Regioni. Questo dato forse è da ascrivere al fatto che i datori di lavoro privati offrono come benefit particolari assicurazioni alla salute. I principali motivi per cui non è stata stipulata sono il costo elevato (19-25%) e la non utilità (16-20%). Da notare che il 3% dei pazienti con patologia cronica non può stipulare l'assicurazione perché non viene coperta la loro malattia in quanto troppo onerosa (figura 3.29).

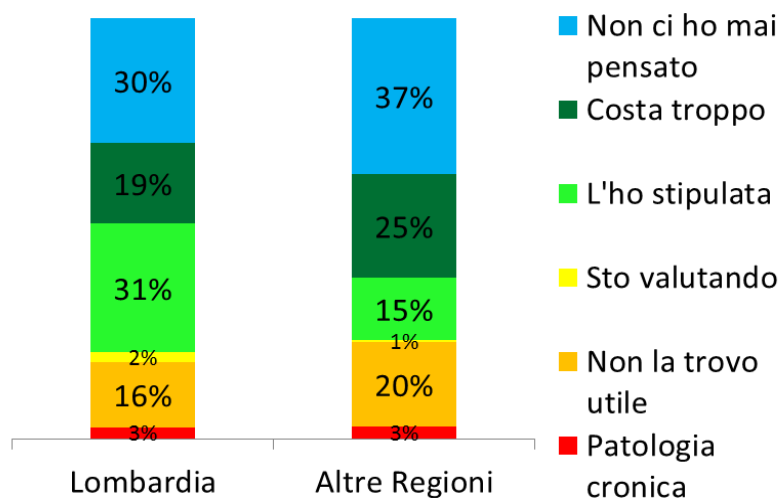


Figura 3.29: rappresentazione della propensione dei cittadini a stipulare un'assicurazione sanitaria (n= 398)



*Il contributo privato*

Per comprendere la *willingness to pay* è stato chiesto ai cittadini che hanno usufruito del servizio di assistenza domiciliare se, per avere un servizio più vicino ai loro bisogni, fossero disposti a contribuire con una piccola quota.

Dalla ricerca emerge che il 56% delle persone è disposta a contribuire economicamente mentre il 19% è indeciso (figura 3.30). Fondazione ISTUD ha rilevato il medesimo dato nel 2012 nell'Osservatorio delle Cure a Casa evidenziando che il contributo privato era accettato nel 69% dei casi, il confronto tra i risultati raccolti indica che c'è stato un decremento del 13%, forse legato alla crisi strutturale che il paese sta attraversando.

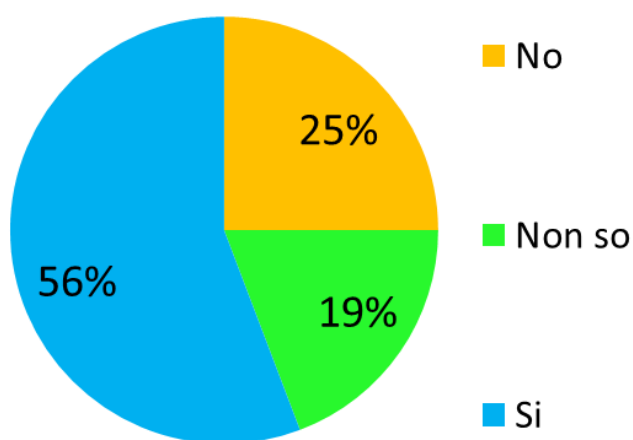


Figura 3.30: rappresentazione della propensione dei cittadini a contribuire economicamente per l'assistenza domiciliare (n= 56)

### 3.3 La voce dei professionisti sanitari

Le domande rivolte al professionista hanno indagato se la persona intervistata ha aderito a forme di associazionismo, come opera all'interno della propria *Equipe*, il suo rapporto con le Cure Intermedie e come si sviluppa l'assistenza domiciliare all'interno del territorio di sua competenza. Relativamente alla sostenibilità è stato chiesto al professionista un proprio parere circa la situazione odierna e lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale. Di fatto sono state "testate" le sette parole chiave (sostenibilità, associazionismo, presa in carico del paziente, riconversione del sistema di cura, armonizzazione, *e-health*, *empowerment* del cittadino) dell'intera indagine.

I professionisti che operano nell'ambito delle cure primarie che hanno risposto al questionario sono state 128. Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei rispondenti, il questionario è stato diffuso da Fondazione ISTUD e CARD in 11 Regioni: Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Toscana, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia. Nel grafico è possibile osservare che hanno risposto anche professionisti del Friuli Venezia Giulia, mentre è assente la voce dei medici campani.

La distribuzione geografica dei rispondenti è la seguente: il 40% dei professionisti lavora in Regioni del Nord, il 24% in Regioni del Centro e il 36% in Regioni del Sud (figura 3.31).

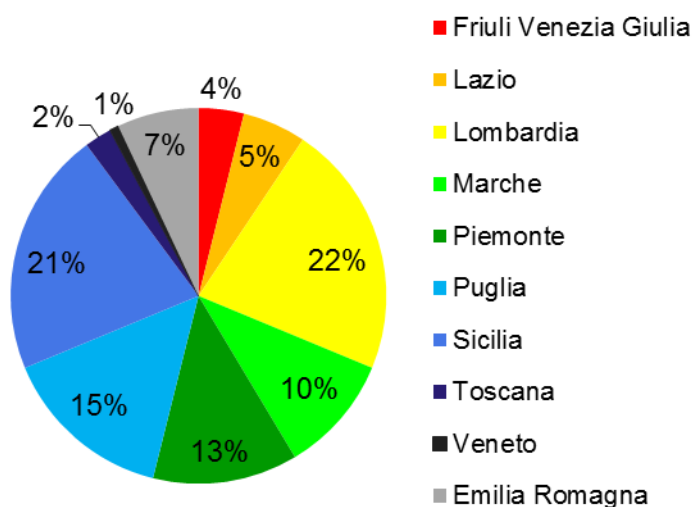


Figura 3.31: Distribuzione geografica dei professionisti che operano nell'ambito delle cure primarie che hanno aderito al questionario (n=128)

Per quanto riguarda le professioni svolte dai rispondenti (figura 3.32), la maggioranza sono medici di medicina generale (78%), ma hanno risposto anche altri professionisti, tra cui medici di continuità assistenziale (3%) e pediatri di libera scelta (10%), che hanno così ampliato la prospettiva sulle cure primarie.

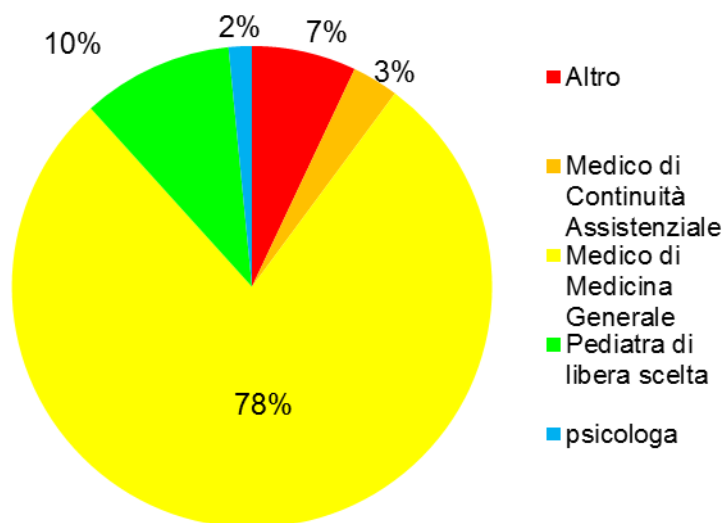


Figura 3.32: ruolo dei professionisti che operano nell'ambito delle cure primarie che hanno aderito al questionario (n=128)

### Associazionismo medico

Punto cruciale dell'intervista ai professionisti che operano nell'ambito delle cure primarie è stato comprendere quali delle forme organizzative previste dal “decreto Balduzzi” siano attualmente attive e quali siano i vantaggi e gli svantaggi percepiti dal loro utilizzo. L'83% dei rispondenti appartiene ad una forma di associazione mentre il 17% dichiara di lavorare in uno studio singolo.

Il 50% dei professionisti che si sono organizzati secondo le aggregazioni previste nella propria Regione di riferimento lavora in rete con colleghi e il 9% in associazionismo semplice. Solo il 39% dichiara di lavorare in modo maggiormente sinergico con i propri colleghi grazie ad associazione di gruppo (28%) o all'interno di case della salute (11%) figura 3.33.

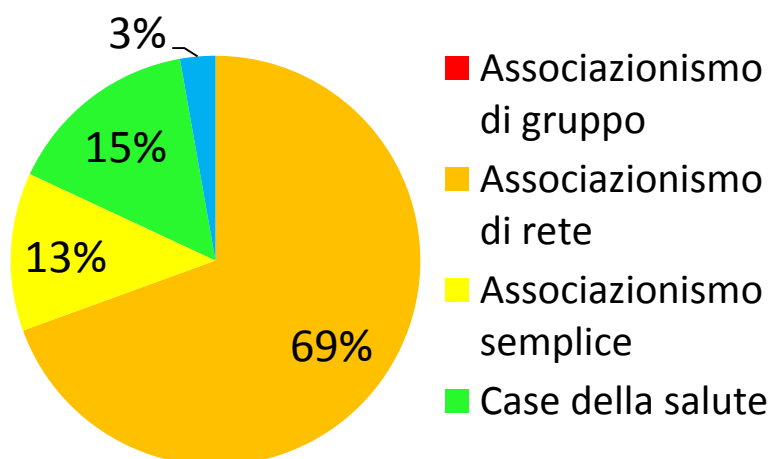


Figura 3.33: Forme di associazionismo attivate dall'83% dei professionisti che operano nell'ambito delle cure primarie che hanno aderito al questionario (n=105)

Indagando sui motivi per i quali i professionisti non fanno parte di alcuna associazione (n=20), il 32% dei rispondenti indica come principale ostacolo la conformazione territoriale (lunghe distanze, bassa densità abitativa...), il 16% segnala come causa i problemi burocratici e la stessa percentuale non ha trovato colleghi disponibili ad associarsi, il 21% non ha mai avuto l'occasione né pensato alla possibilità di lavorare in *Equipe* e l'11% non pensa che sia la formula ottimale per gestire i pazienti.

I motivi che spingerebbero i medici che lavorano singolarmente ad associarsi (n=25) sono: la possibilità di poter collaborare e confrontarsi con i colleghi (35%), il miglioramento della modalità lavorative (21%), il migliore servizio ai pazienti (18%), la convenienza economica (18%), mentre ancora l'8% dei rispondenti non indica nessun motivo che lo spingerebbe ad associarsi.

### L'organizzazione dei medici associati

Per comprendere l'assetto organizzativo delle associazioni di medici è stato chiesto se fosse presente una persona con un ruolo di coordinamento e se avesse competenze di tipo gestionale. Nella maggioranza delle *équipes* esiste comunque un ruolo di coordinamento (67% nelle associazioni di gruppo, 63% nelle associazioni di rete e il 90% nelle associazioni semplici) (figura 3.34).

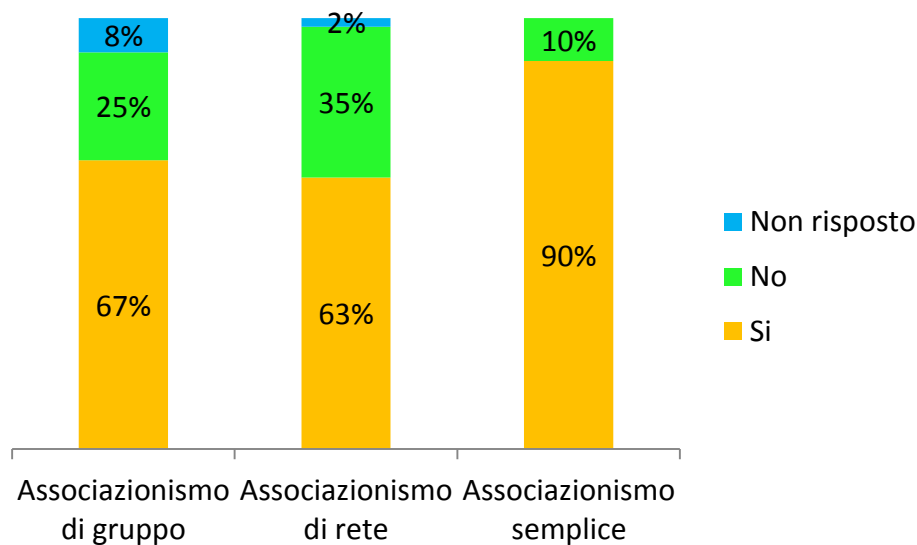


Figura 3.34: Risposta alla domanda "Esiste un ruolo di coordinamento all'interno della sua *equipe*?" (n=85)

Per comprendere quanto è attiva la collaborazione tra i membri dell'*Equipe*, è stato chiesto ai professionisti che fanno parte delle associazioni ogni quanto si incontrano con i colleghi (figura 3.35): solo il 4% dei professionisti dichiara di incontrare i colleghi quando si rende necessario mentre il 46% dichiara di incontrare i colleghi ogni 2 mesi o più, il 50% dichiara di incontrarsi ogni mese o più frequentemente.

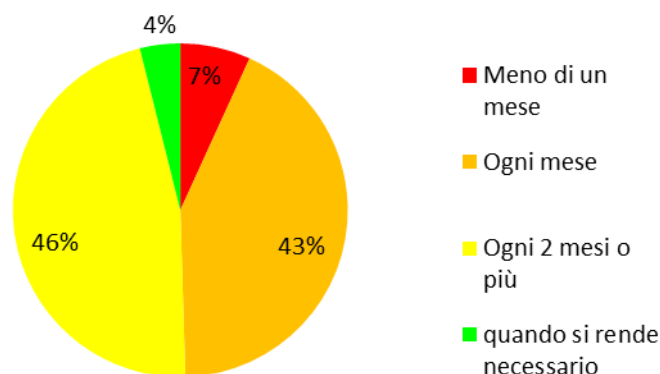


Figura 3.35: frequenza delle riunioni tra professionisti operanti nella stessa *Equipe* (n=103)

Per approfondire la cooperazione e l'integrazione tra i diversi professionisti operanti in ambito delle cure primarie si è sentita la necessità di valutare il rapporto tra le diverse associazioni presenti sul territorio della propria Regione; è stato, quindi, chiesto se ci fosse, e quanto spesso avvenisse, uno scambio di opinioni con altre *Equipe*. Il risultato ottenuto è che la maggior parte delle *Equipe* (74%) lavora in autonomia, ad indicare una bassa tendenza alla collaborazione e alla creazione di reti territoriali. Si può quindi dedurre che, se da una parte l'associazionismo tra medici sta diffondendosi, ma ancora non vengono sfruttate le potenzialità della collegialità nella condivisione non solo degli stessi protocolli di cura ma anche la gestione per *case management* del singolo caso.

Rispetto alla pediatria di libera scelta anche qui viene proposto l'associazionismo: *“organizzare il PLS in pediatria di gruppo così da poter coprire un orario più ampio nel complesso, con l'ausilio di altre figure professionali, e migliorare l'interazione con ostetriche che lavorano sul territorio”*.

#### *Le competenze*

Alla domanda circa le competenze manageriali il 51% (n=58) dei rispondenti ha dichiarato che il soggetto coordinatore, paradossalmente, non ha competenze di tipo gestionale. Tale lacuna nella preparazione può essere un segnale della limitata attivazione di percorsi formativi gestionali in sanità, dove i percorsi manageriali passano in secondo ordine rispetto ai percorsi di aggiornamento clinico e scientifico. Questa ridotta offerta è confermata anche dalla risposta alla domanda relativa all'attivazione di percorsi formativi per l'intero personale dell'*Equipe* (n=90): il 66% dei professionisti che fanno parte di forme di associazionismo ha risposto di non avere ricevuto alcuna formazione gestionale mentre solo un 28% ha risposto positivamente.

In un tempo in cui si stanno ridimensionando i confini delle attività ospedaliere, sempre più legate alla cura di acuzie e si stanno diffondendo per prevalenza le cronicità sul territorio, è importante che i percorsi formativi tengano in conto anche la complessità delle cronicità, senza operare una equazione semplicistica, che nel momento in cui si sa curare lo stadio acuto di un paziente si è in grado di prendere in carico la cronicità. Nella riconversione di professionisti che escono formati dall'ospedale e che si trovano a operare sul territorio, la formazione specifica è un punto d'attenzione da non sottovalutare.

### Le cure intermedie

Per approfondire l'integrazione tra i professionisti sanitari e le strutture di cura presenti sul territorio, in cui dovrebbero operare anche gli MMG e i PLS, è stato chiesto di indicare le strutture di cura intermedie presenti sul territorio. Il 63% (n=80) dei rispondenti dichiara che sono presenti dei servizi di cure intermedie nel territorio dove opera con differenze di maggiore presenza nel Nord e nel Centro verso il Sud.

Per quanto riguarda l'offerta di cure intermedie le strutture più numerose sono gli *hospice*, infatti il 72% dichiara che nel proprio territorio sono presenti tali strutture, il 41% dichiara la presenza di Unità di Riabilitazione Territoriale, il 24% di Ospedali di comunità o country hospital. Da notare che solo il 18% degli intervistati afferma che nel proprio distretto di riferimento sono presenti le Residenze Sanitarie Assistenziali, diversamente da quanto emerso dalle interviste ai cittadini (figura 3.36). Forse perché una volta che il paziente entra in una RSA i medici di famiglia non si sentono più responsabilizzati nel seguirne il decorso, mentre anche se il paziente entra in un hospice comunque il medico di medicina generale è contemplato nell'*equipe* di cura.

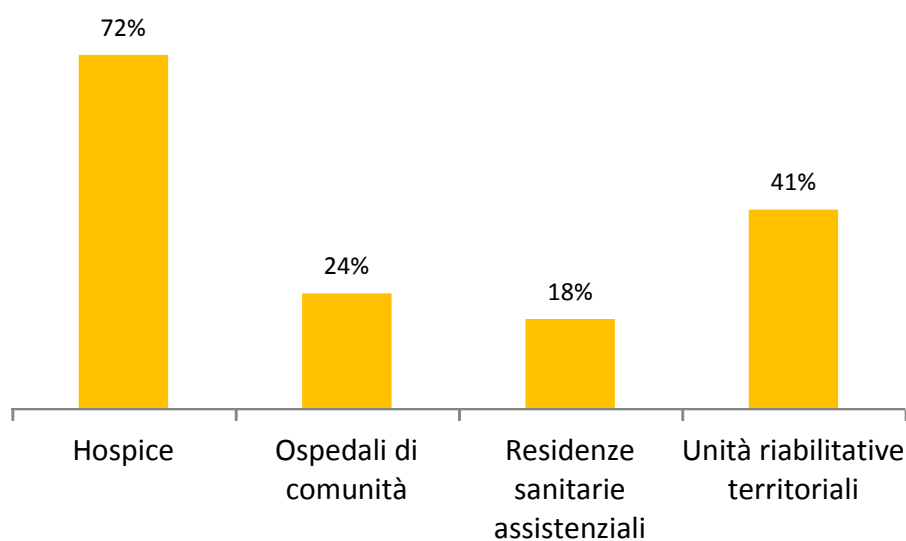


Figura 3.36: Strutture di cure intermedie presenti sul territorio di residenza dei professionisti che hanno partecipato all'intervista (n=75)

Secondo i professionisti che hanno risposto si nota una netta differenza tra le Regioni italiane sulla effettiva capacità di rispondere ai bisogni territoriali. Come si può notare dalla figura 3.37 nelle Regioni del Nord i posti letto disponibili presso queste strutture vengono definiti adeguati alle esigenze (46%), mentre nelle Regioni del centro e Sud Italia più del 60% dei professionisti intervistati denuncia la mancanza di una efficiente risposta ai bisogni territoriali.

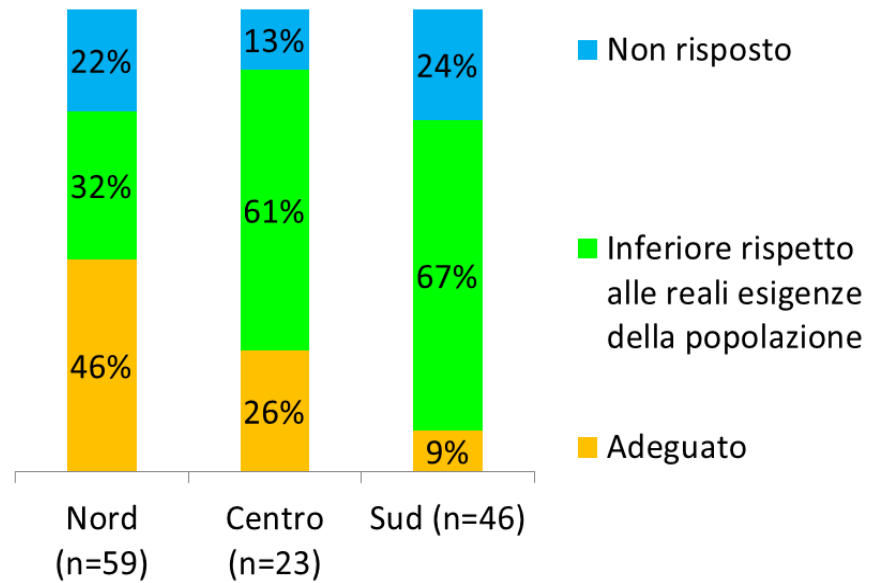


Figura 3.37: Percezione dei professionisti che hanno partecipato all'intervista in merito all'offerta di strutture intermedie rispetto ai bisogni del territorio(n=128)

Ai professionisti è stato chiesto di valutare il rapporto tra i medici di famiglia e le strutture di cura intermedie (figura 3.38): solo il 10% reputa il rapporto ottimo, il 33% buono, il 23% lo ritiene accettabile mentre il 34% lo considera inadeguato e carente.

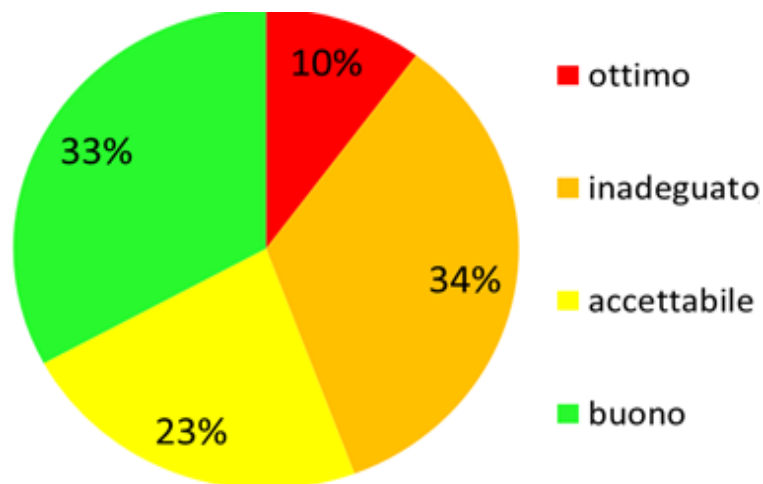


Figura 3.38: risposta alla domanda "Come valuta il rapporto tra MMG e le strutture intermedie?" (n=79)

Alcune frasi dei professionisti denotano la necessità di un cambiamento organizzativo che permetta di realizzare maggiore collaborazione con altri professionisti.

*«Da implementare per favorire la continuità dell'assistenza attraverso percorsi meglio definiti»*



*«Il lavoro del medico di medicina generale ancora oggi non prevede spazi di tempo da dedicare a riunioni, briefings, contatti con altre realtà o altro ancora e la totalità del tempo è dedicata alla gestione e cura dei pazienti.»*

### **Le cure domiciliari**

All'interno del questionario è stata inserita una serie di domande per approfondire il tema delle cure domiciliari, tema portante delle precedenti edizioni dell'Osservatorio delle Cure a Casa di Fondazione ISTUD e che permette quindi di effettuare una fotografia evolutiva delle stesse.

Per inquadrare il servizio è stato chiesto da chi è organizzato il servizio nel proprio territorio: l'assistenza domiciliare è maggiormente gestita dalle ASL (84%), che solo nell'11% dei casi è affiancata dal Privato, il 6% invece è organizzato direttamente da privati (figura 3.39). I medici che confermano una partecipazione del privato nella gestione dell'Assistenza Domiciliare lavorano in Lombardia dove la totalità delle ASL ha effettuato delle convenzioni per alcune patologie con *home care providers privati* e anche in Toscana, Marche, Puglia, e Sicilia. Non vengono menzionati i privati in Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, a detta degli stessi medici.

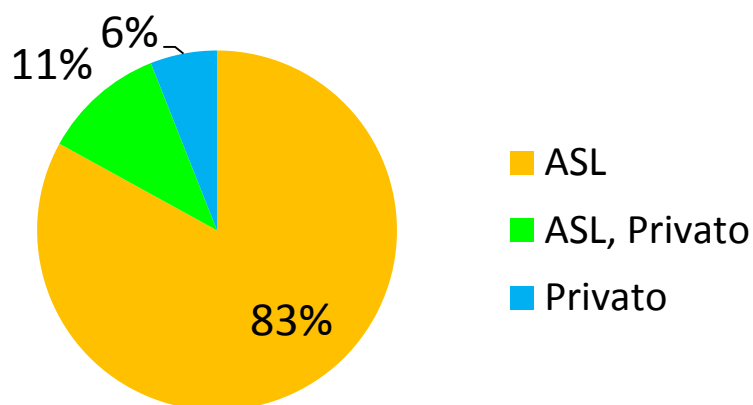


Figura 3.39: enti erogatori del servizio di assistenza domiciliare secondo i professionisti che hanno risposto al questionario (n=122)

Il 74% (n=95) dei professionisti che ha partecipato all'indagine si occupa direttamente di Assistenza Domiciliare ed in media offre questo servizio da 13 anni. Interpellando i professionisti circa il rapporto dei proprio pazienti con l'assistenza domiciliare si scopre che solo il 63% (n=80) dei pazienti richiedenti ottiene l'attivazione dell'AD e che il 68% (n=82) dei pazienti non può scegliere l'azienda che eroga le cure domiciliari (figura 3.40).

Il numero di assistiti a domicilio viene valutato come adeguato per il 49% dei professionisti (figura 3.41), mentre per il 34% è inferiore alle reali possibilità del sistema, ciò dimostra la possibilità di un maggiore ricorso all'assistenza domiciliare da parte dei pazienti se solo vi fosse maggiore attenzione del sistema

alle cure domiciliari stesse. Per il 14% dei professionisti il numero di pazienti è superiore alle possibilità di assistenza e solo per il 3% il numero di assistiti è tale da pregiudicare la qualità del servizio.

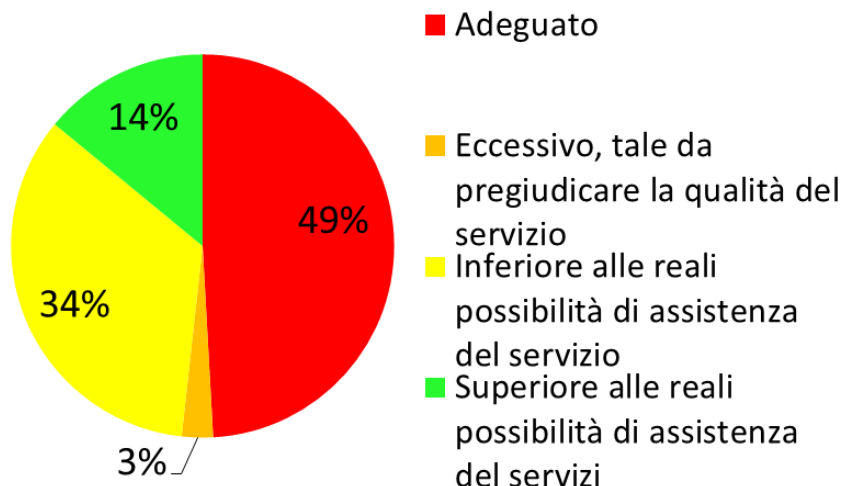


Figura 3.41: Numero di pazienti seguiti in assistenza domiciliare secondo i professionisti che hanno risposto al questionario (n=114)

Per confrontare la percezione del servizio tra i professionisti e i cittadini abbiamo chiesto ai medici e agli altri professionisti operanti nell'ambito dell'assistenza domiciliare di valutare, secondo la loro opinione, quale fosse il grado di soddisfazione dei pazienti per le cure ricevute. Secondo i rispondenti solo il 15% dei pazienti non è soddisfatto dal servizio ricevuto mentre il 49% è abbastanza soddisfatto del servizio e il 23% è molto soddisfatto, giudicando quindi nel 72% le cure domiciliari da loro erogate abbastanza o molto soddisfacenti (figura 3.42).

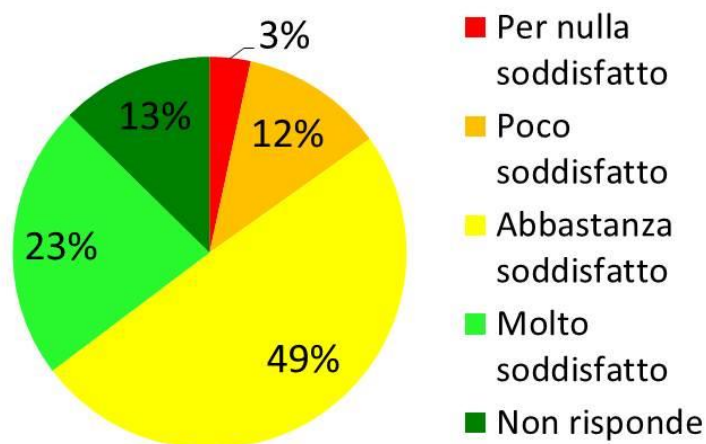


Figura 3.42: percezione del grado di soddisfazione dei pazienti in merito al servizio di assistenza domiciliare secondo i professionisti che hanno risposto al questionario (n=119).

**Assistenza protesica**

Il 73% (n=93) dei professionisti intervistati segue pazienti che utilizzano il servizio di assistenza protesica. Secondo questi professionisti il 56% (n=53) dei loro assistiti può scegliere la tipologia di ausilio di cui beneficiare. Per quanto riguarda le variabili che influenzano la fornitura degli ausili, secondo i professionisti intervistati le più rilevanti sono la quantità a pari livello con la qualità (51-48%), successivamente vengono considerate le caratteristiche del servizio come l'attivazione, i tempi d'attesa, la tipologia del servizio. Questo dato è estremamente preoccupante perché sembra indicare che la qualità intrinseca di prodotto, assieme a tutti i servizi ancillari progettati in una logica di *Total Quality Management* non siano così importanti in tempi di *spending review*: quello che conta è il lavoro sui volumi, sorprendentemente messa dagli stessi professionisti sanitari allo stesso livello della qualità dei prodotti. Forse, proprio perché in questi tempi così di taglio lineare e indiscriminato, effettuare delle campagne culturali sull'importanza della qualità presso i distretti e i medici, anche andando contro corrente, potrebbe riportare l'attenzione a questo ingrediente così delicato e funzionale alla personalizzazione delle cure.

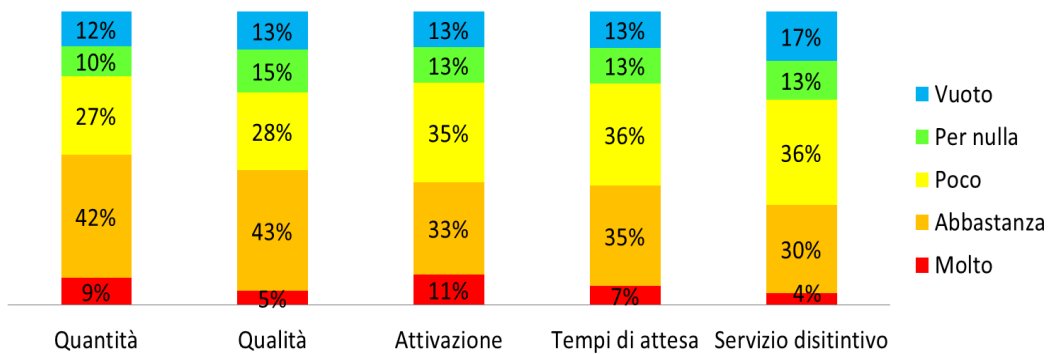


Figura 3.43: Variabili che influenzano la fornitura di ausili secondo i professionisti (n=108)

**E-health**

Un servizio su cui molte Regioni stanno investendo è l'informatizzazione del sistema sanitario: è stato chiesto ai professionisti se nella loro Regione fosse presente un sistema informatizzato. Per quanto riguarda lo sviluppo l'80% dei rispondenti dichiara che tale sistema è presente e il 74% di questi lo utilizza.

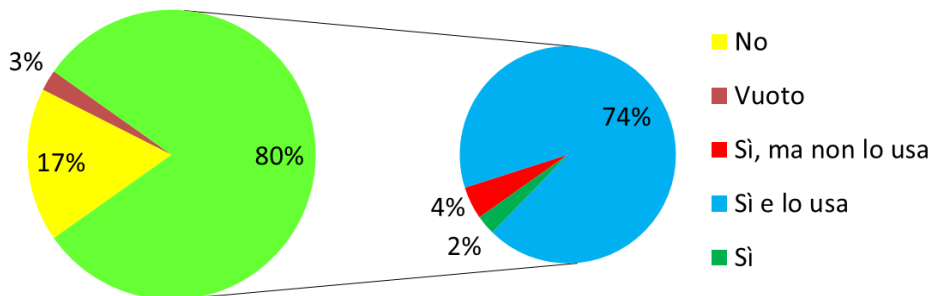


Figura 3.44: l'attivazione e l'utilizzo delle tecnologie informatiche da parte dei professionisti (n=128, n=103)

I vantaggi che i professionisti riconoscono al sistema informatizzato sono soprattutto una maggiore facilità nel reperire e condividere i dati, rispettivamente il 27% e il 31%, e solo il 3% riconosce come vantaggio la migliore assistenza ai pazienti (figura 3.45).

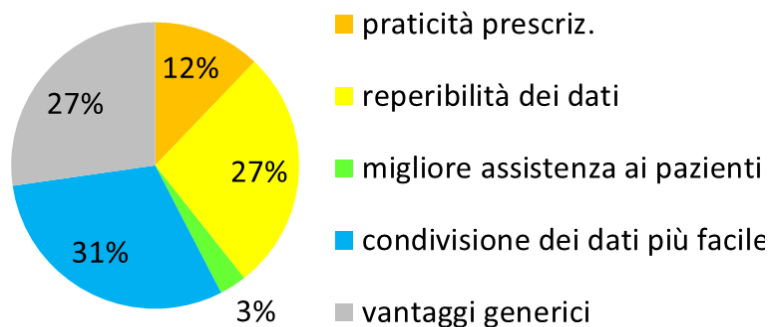


Figura 3.45: vantaggi del sistema informatizzato secondo i professionisti che hanno risposto al questionario (n=33)

Gli svantaggi che invece sono principalmente emersi dal questionario sono legati ai problemi tecnici (53%) e alla mancanza di collegamento con altre strutture (20%) (figura 3.46).

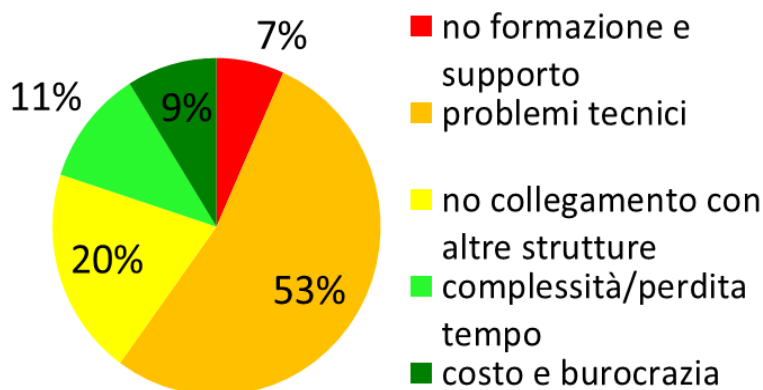


Figura 3.46: Svantaggi del sistema informatizzato secondo i professionisti che hanno risposto al questionario (n=45)

### *La sostenibilità del servizio sanitario*

Nella parte finale del questionario sono state poste alcune domande aperte per raccogliere l'opinione dei professionisti circa la sostenibilità del sistema sanitario e la sua evoluzione.

Relativamente alle riforme che potrebbero essere implementate per rendere più sostenibile il sistema sanitario (figura 3.47) una riorganizzazione dei servizi territoriali ed una eliminazione degli sprechi è presentata dai professionisti come provvedimenti necessari, in secondo luogo viene suggerito dai professionisti il contributo privato da parte dei pazienti e la riduzione dell'esenzione totale, tali misure, tese a responsabilizzare i cittadini, concorrerebbero agli occhi dei professionisti, alla riduzione di spese superflue.

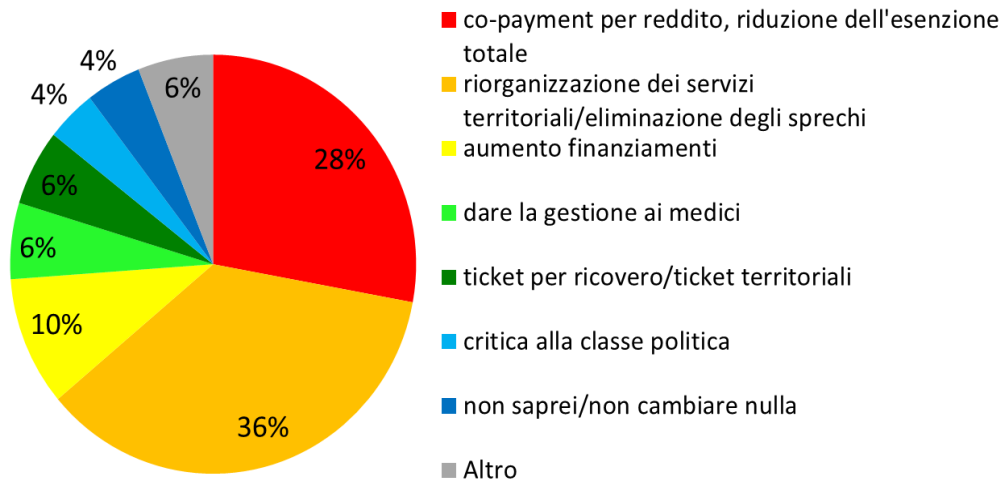


Figura 3.47: Misure che potrebbero rendere più sostenibile il sistema sanitario in Italia secondo l'opinione dei professionisti che hanno risposto al questionario (n=72)

Alla domanda che chiede se il sistema stia andando verso un sistema che prevede un maggior esborso da parte dei cittadini, la risposta è per il 91% dei rispondenti positiva, di questa percentuale il 29% vede questa trasformazione con timore mentre il 13% pensa che possa portare ad un miglioramento per il sistema, mentre il 49% non esprime un proprio giudizio circa questa trasformazione. Il 2% pensa e spera che questo non avvenga (figura 3.48).

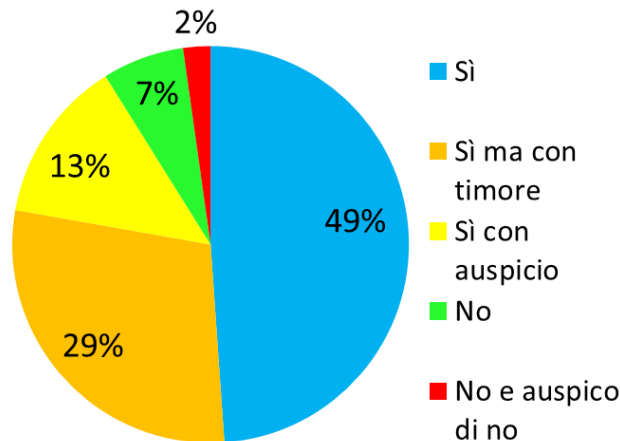


Figura 3.48: Risposta alla domanda "Stiamo andando verso un sistema sanitario che prevede un maggior esborso da parte dei cittadini?" professionisti che hanno risposto al questionario (n=45)

Per concludere è stato chiesto ai professionisti la loro opinione in merito all'implementazione in Italia di un sistema di tipo pubblico-privato come soluzione soddisfacente, il 48% risponde negativamente mentre il 30% risponde affermativamente mentre il 22% è possibilista (figura 3.49).

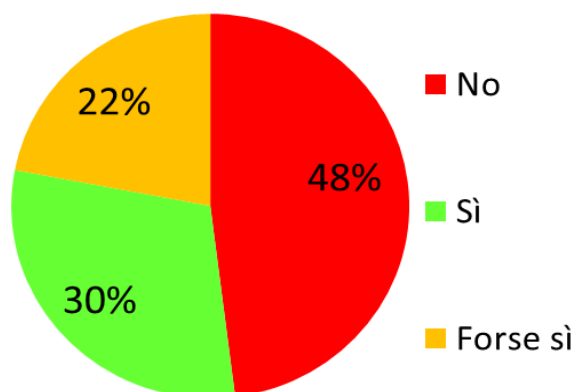


Figura 3.49: Risposta alla domanda “un sistema di tipo pubblico/privato sarebbe una risposta soddisfacente?” da parte dei professionisti che hanno risposto al questionario (n=87)

Alcune testimonianze:

*“Quello che preoccupa, stante la spaventosa dimensione della evasione, e che a pagare la quota maggiore siano i soggetti in questo momento più fragili”, “Sarebbe auspicabile. Chi amministra non ha idea di quanto si potrebbe risparmiare, di quanti farmaci ed esami vari si potrebbe fare a meno.”, “Temo di sì, penso che sia compito dei pls organizzarsi secondo protocolli condivisi così da evitare gli sprechi prescrittivi, e coinvolgere i genitori degli assistiti per far capire l’inutilità di tante prescrizioni!”, “Accedere e usufruire del servizio Sanitario è un diritto di tutti indipendentemente dal potere economico.”, “ Temo di sì, ma per certi versi è un bene l’importante è garantire cure a persone bisognose, una persona non può morire perché non ha soldi.”.*

Ultimi commenti volutamente polemici e provocatori- che non abbiamo voluto censurare- di medici che hanno lasciato al termine dell’indagine:

*“Innanzitutto riordinando il sistema di esenzione ticket per reddito. Non è possibile che più della metà degli Italiani sia esente; si sa che circa 80% della spesa sanitaria è sostenuta da coloro che non pagano nulla, guarda caso. Ma tale riforma presupporrebbe una riforma finalmente equa del sistema fiscale, e qui campa cavallo...Non si può continuare a fornire prestazioni gratis o quasi a tutti. E poi sarebbe un ottimo deterrente introdurre un ticket di accesso, anche minimo, ma per tutti, negli studi dei medici di Medicina. Si tratterebbe di una mossa semplice ma che avrebbe sulla spesa sanitaria un impatto positivo notevole.”*

*“per ridurre le liste di attesa e la relativa spesa sarebbe opportuno regolamentare le prestazioni per i pazienti esenti ed extracomunitari non regolari, inoltre sarebbe auspicabile una revisione della legislazione in materia di responsabilità al fine di ridurre comportamenti suggeriti dalla medicina difensiva.”*

*“Se si paga un medico meno di un idraulico si ottiene un insoddisfatto che non per più non sa mettere una guarnizione, idem se da due anni non riesco ad andare in ferie perché mancano i sostituti ... e le spese dello studio sono aumentate del 560% negli ultimi 7 anni grazie all’informatica azzoppata ma mai nessuno s’è*



*chiesto chi paga i toner e le cartucce delle stampanti, perché non esiste una stampante in commercio che vada oltre le 3000 pagine poi kaput, ecc.) e per fortuna (o meglio per vergogna) la Regione Lombardia paga una cifra strotosferica annuale per una ADSL che da un privato costerebbe meno di 1/5 e sarebbe molto più veloce!”*

Professionisti sul territorio che nei commenti aperti dimostrano nervosismo e sfiducia, desiderio di regolamentazione, in alcuni casi timore che i cittadini debbano pagare di più, in altri desiderio che si autolimitino con un contributo di tasca propria. Insomma una professione, quella del medico di medicina generale, che in questo momento è a rischio di *burn out*, come si può vedere soprattutto dalle ultime risposte. Forse l’associazionismo nella sostanza e non soltanto nella forma può essere un modo per ridare il senso gruppale di professione e di relazione con il paziente, e quindi spirito cooperativo a persone che hanno per decenni lavorato in isolamento, svolgendo una percentuale troppo elevata di mansioni burocratiche.



### *Evidenze della ricerca field:*

Dall'analisi dei questionari raccolti si evince che il servizio di cure primarie viene valutato come sufficiente, con la lieve criticità dei tempi di attesa ma senza eccellenze. I cittadini si recano dal proprio medico di medicina generale prevalentemente per la prescrizione di farmaci, per l'impegnativa relativa a visite specialistiche ed esami diagnostici, dimostrando che si è ancora lontani dalla medicina di iniziativa, per prediligere invece ancora una sanità reattiva.

Considerando il tema centrale della ricerca, ovvero l'associazionismo, i cittadini rispondenti dichiarano nel 50% dei casi di rivolgersi a medici di medicina generale in associazione, la restante parte invece dichiara che il proprio medico di base continua ad operare in uno studio singolo. Purtroppo si registrano differenze tra Nord e Sud, in particolare in Emilia Romagna è presente il minor numero di medici con studio singolo, 35% mentre la Campania è la Regione con la più alta percentuale di medici non associati 70%.

Le testimonianze dei pazienti hanno mostrato che l'associazionismo sembra la strada per migliorare la presa in carico del paziente in quanto migliora i tempi di attesa, l'accoglienza e il minore esborso *out of pocket*. Infatti, quando il medico di medicina generale è in associazione l'esperienza dei cittadini, siano essi sani o con malattia cronica, è più soddisfacente in merito agli orari di apertura, i tempi di visita, l'accoglienza. Non solo, ma grazie al fatto di trovare sempre qualche medico referente nello studio medico di famiglia, i pazienti si rivolgono in misura inferiore del 50% al pronto soccorso, del 50% la guardia medica e, addirittura, del 75% a medici privati a pagamento.

Inoltre, le persone con malattia cronica, che spendono di tasca propria più di 1500 Euro l'anno per farmaci e visite medico-diagnostiche, hanno trovato beneficio nell'associazionismo come testimonia il fatto che questa percentuale si abbassa nel 38% dei casi a una spesa annua compresa tra 500 e 1500 Euro.

Le cure intermedie risultano diffuse in modo eterogeneo sul territorio, e le strutture maggiormente riconosciute sono le Residenze Sanitarie Assistenziali che però i cittadini definiscono come luoghi spersonalizzanti e di solitudine e su cui, quindi, c'è molto da indagare in virtù di una famiglia italiana in grande trasformazione con un numero crescente di anziani soli e fragili.

Anche la sanità elettronica è sviluppata in modo differente tra Centro-Nord e Sud: infatti nel settentrione vi è maggior utilizzo dei sistemi di refertazione online, e fascicolo sanitario elettronico. Non sempre però tecnologia è sinonimo di efficienza, vengono infatti denunciati problemi tecnici nella metà degli intervistati e circa un terzo dichiara di non utilizzarli poiché non ne conosce la procedura di utilizzo.

Rispetto alla qualità dell'informazione, le persone si informano rispetto alle trasformazioni del Sistema Sanitario Regionale e della propria ASL attraverso la stampa locale (nel 60% dei rispondenti) e in misura inferiore rispetto ad altri canali quali Internet, la Tv, il medico di medicina generale e le Associazioni dei pazienti: di fatto il 79% degli italiani chiede una maggiore trasparenza e questo dato indica la crisi di fiducia tra cittadino ed istituzioni sul patto per la salute. L'indicatore di auspicio di una maggiore chiarezza è marcato da un 82% di

persone che ritengono utile disporre di una lista di organizzazioni qualificate che erogano assistenza domiciliare sul territorio tra cui scegliere, servizio informativo a oggi mancante.

I cittadini della Lombardia hanno già stipulato nel 31% una polizza sulla salute rispetto al 15% del resto d'Italia, cercando di incanalare la spesa out of pocket in modo più strutturato attraverso offerte assicurative.

Dai questionari dei professionisti si evince che lavorano con tempi stretti e sentono quindi l'esigenza di un cambiamento dell'organizzazione del sistema che gli permetta di lavorare in modo più efficiente.

Se i cittadini sottolineano l'efficacia delle cure attraverso l'associazionismo, i professionisti sanitari sul territorio, di cui l'83% è associato mentre il 17% ancora conduce uno studio singolo, annunciano l'efficienza di questo sistema che permette un migliore confronto tra colleghi, un migliore supporto logistico, risparmio economico e una modalità di lavoro più organizzata. Solo come ultima ragione viene segnalata la migliore qualità di servizio per le persone assistite. I motivi segnalati a sfavore dell'associazionismo in quella piccola quota di medici non ancora associati sono le caratteristiche territoriali nel 32%, "non ci ha mai pensato" nel 21%, un 16% ha problemi burocratici con la Regione/ASL, un 16% non ha trovato colleghi disponibili, l'11% non pensa sia una soluzione ottimale.

Una spaccatura netta è presente rispetto alla capacità di lavorare in *Equipe* e alla formazione nell'associazionismo, nelle case della salute e altre forme di aggregazione professionale. Solo il 49% dei professionisti che lavora in *Equipe* ha partecipato a specifici percorsi formativi: questo dato è spiegabile con i diversi approcci regionali. Infatti, come percepito dalle interviste ai decisori regionali, in alcune realtà c'è maggiore consapevolezza dell'esigenza di fornire ulteriori competenze ai professionisti che provengono dall'ospedale per poter gestire le cronicità del territorio, in altre realtà invece non si percepisce questo bisogno, nella convinzione che coloro che hanno lavorato in una struttura per acuti ad alta complessità sappiano gestire i pazienti le cronicità.

Un dato che emerge dalle risposte dei medici di medicina generale rispetto alle tecnologie come ausili e presidi è che, per quanto riguarda la fornitura ai pazienti, quantità, qualità e servizi distintivi abbiano la medesima rilevanza, tale evidenza può essere un segnale allarmante laddove invece sono note le evidenze che derivano dalle differenze di qualità.

Come per i cittadini, anche per i medici l'*e-health* è diffusa maggiormente nel Centro-Nord rispetto al Sud e, ancora una volta, si sottolineano tutti i vantaggi di efficienza che derivano dall'utilizzo di sistemi tecnologici. Le difficoltà dell'uso della digitalizzazione sanitaria derivano nel 53% da problemi di errori nell'utilizzo, nel 20% dall'assenza di connessione telematica con altre strutture e dalla mancanza, per la restante parte, di formazione.

Rispetto agli aspetti economici, le risposte dei medici sono profondamente diversificate: il 34% dei rispondenti auspica una riduzione dell'esenzione totale e una compartecipazione per una maggiore responsabilizzazione dei cittadini per i servizi di cui usufruiscono. Mentre il 29% si preoccupa che in un prossimo futuro



il paziente dovrà pagare per i servizi sanitari. Un 36% dei medici insiste sul fatto che il sistema si possa rendere sostenibile attraverso modelli organizzativi e la lotta agli sprechi: questo dato è importante perché uno dei massimi studiosi di organizzazione sanitaria al mondo, Donald Berwick nel 2012, ha proprio sottolineato sul *Journal of American Medical Association* che gli sprechi derivanti dalla mancanza di coordinamento delle cure e dalla complessità amministrativa. E quindi il mancato associazionismo è mancata cooperazione, uno spreco non più sostenibile.

Il livello di qualità delle cure non viene molto nominato e indagato, non si sa se sia data per scontata o se i professionisti non siano interessati. Considerando il rapporto con gli assistiti, tale relazione può essere definita come rapporto di odio/amore: per alcuni professionisti il paziente deve essere responsabilizzato, per altri invece devono essere tutelati e sono i politici che devono ridurre i loro costi.

## Capitolo 4- Riflessioni finali e prospettive per le imprese

### 4.1 Riflessioni finali

La riorganizzazione delle cure primarie, e con essa il potenziamento dei servizi territoriali (non ospedalieri), si profila, pur in un **quadro di chiari e scuri** benché molto fluido e dinamico, come un **processo irreversibile**, una leva strategica per modificare in modo strutturale e permanente l'offerta di servizi sanitari ancora troppo incentrata sugli ospedali. Poter contare su nuovi presidi pensati e dedicati esclusivamente ai pazienti non acuti, nuovi servizi e nuove reti di funzioni e professionisti in grado di prendersi carico dei pazienti, soprattutto quelli cronici, potrà significare **elevare la qualità dei servizi** e garantire continuità assistenziale ai cittadini.

Ricomporre la frammentazione dei servizi territoriali e potenziare con l'associazionismo le cure primarie significherà **contribuire a "liberare" l'ospedale** dall'intasamento dei pronti soccorso e dall'inappropriatezza dei ricoveri, ossia dalle cattive pratiche di ricoverare malati che potrebbero ricevere un trattamento ambulatoriale – il ricovero costa ben di più e non è di certo privo di disagi per il paziente che preferirebbe di gran lunga permanere molto poco in ospedale – oppure di ricoverare a scopi esclusivamente sociali. La popolazione degli anziani, dei fragili e dei cronici che spesso vive sulla propria pelle il vuoto assistenziale, ricevendo nuovi e più adeguati servizi sul territorio, non potrà che approvare. Tutto ciò a costi ben più ridotti del passato.

La riduzione del numero di posti letto per acuti, i piani di rientro delle Regioni commissariate, la discussione in corso sul nuovo Patto della Salute con l'auspicata revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza ed introduzione dei LEA socio-sanitari, l'incremento dell'assistenza domiciliare, il potenziamento dell'offerta di cure intermedie (RSA, Hospice e Cure Palliative, Centri Specialistici e Strutture extra-ospedaliera) delineano un **contesto di opportunità e necessità**: le cure primarie hanno un'occasione per imporsi e divenire non solo la protagonista del territorio ma anche quel collante con l'ospedale e gli altri servizi di cui i cittadini hanno bisogno.

Realizzare quindi una riorganizzazione che è una riorganizzazione del modo di fare sanità. **Il cittadino del resto è consapevole che esistono le perle** (eccellenze, competenze, professionalità, dedizione, cura, attenzione...) **ma spesso percepisce di non avere un vero "filo" per creare la collana.**

In un quadro che nelle 7 parole chiave utilizzate per lo studio ha identificato un quadro ancora controverso, il percorso risulta ancora lungo. Lo si percepisce dalle piccole e le grandi cose:

- **i termini, le sigle e gli acronimi sono tanti**, troppi e generano spesso confusione; cure primarie, assistenza primaria, assistenza di base, assistenza

territoriale sono spesso utilizzate per dire le stesse cose ma dietro alla terminologia si celano anche concezioni diverse; confusione che si riscontra anche da parte dei cittadini se il 40% degli intervistati sul web non è stato in grado di dare un nome appropriato alla struttura organizzativa di cui il proprio medico fa parte, e solo il 7% di chi ha provato a dare un termine ha indicato una forma assistenziale presente nella propria Regione di riferimento;

- qualche **visione più chiara e di medio-lungo termine della sanità a livello Paese** ed a livello regionale e qualche **linea di continuità e di standardizzazione in più** forse non guasterebbe perché il cittadino di domani sempre più incluso in Europa e nel mondo rischia di muoversi in Italia tra Regioni e province autonome con sistemi e servizi sanitari territoriali profondamente diversi;

- gli stessi **assetti organizzativi degli assessorati regionali preposti e delle ASL** non sembrano oggi allineati agli intendimenti che intenderebbero portare avanti;

- esistono sensibilità crescenti, percorsi formativi nuovi, naturali cambi generazionali alle porte delle professionalità coinvolte in questo percorso riorganizzativo ma permangono ancora **chiare resistenze al cambiamento ed attitudini a perpetuare le rendite di posizione**; spesso la discussione rischia di concentrarsi troppo su un cavillo contrattuale oppure una mera richiesta di fondi in più; nelle interviste è emerso che la maggior parte delle *Equipe* (74%) evidenzia una bassa tendenza alla collaborazione e alla creazione di reti territoriali. Associato si dunque, ma ancora senza sfruttare appieno le potenzialità della collegialità e della condivisione non solo degli stessi protocolli di cura ma anche la gestione del singolo caso (case management);

- **le nuove professioni richieste, i nuovi servizi tecnologici ed il nuovo indotto economico** che potrebbe essere generato sono ancora nella loro fase potenziale e sebbene si registrino tante esperienze diffuse non sono ancora divenute parte del sistema;

- **le riconversioni e le integrazioni in sanità** sono sempre difficili; riconvertire un presidio ospedaliero in una struttura pensata per i pazienti non acuti diventa spesso un'impresa politica percepita a rischio, meglio attendere; è già difficile integrare le funzioni di un ospedale che è una struttura chiaramente definita a causa delle forti autoreferenzialità presenti al loro interno, si pensi quindi agli sforzi di integrazione tra funzioni distribuite sul territorio con organizzazioni, ambiti, obiettivi e linguaggi spesso diversi; la strada è comunque tracciata e va seguita;

- vi sono ancora **pochi dati in merito agli esiti di queste nuove iniziative associative**; outcome e risparmi sono quindi da valutare ed emergono in alcuni casi dubbi in merito alla sostenibilità complessiva; i segnali emersi dalle interviste fanno ben sperare considerando il grado di soddisfazione dei cittadini verso le forme di associazionismo a cui aderisce il proprio medico curante; i cittadini però al momento si recano dal proprio medico di famiglia principalmente per la prescrizione di farmaci o per l'impegnativa per visite specialistiche o esami diagnostici, raramente si recano dal MMG per visite di controllo o per educazione alla salute; la medicina generale, a detta dei cittadini, è ancora lontana dall'essere

una medicina di iniziativa, dove i medici di medicina generale educano i pazienti agli stili di vita più adeguati;

- quanto alla sostenibilità economica del sistema, la riorganizzazione delle cure primarie può certamente contribuire a **riqualificare la spesa sanitaria e liberare risorse finanziarie**; il tema è politicamente insidioso e finisce per riguardare il futuro del sistema sanitario pubblico ed i livelli essenziali di assistenza da garantire ai cittadini; un dato è certo, la spesa privata dei cittadini è segno che essi sono chiamati a dare un ulteriore contributo per far funzionare il sistema sanitario complessivo; scarsamente intermediata da fondi e polizze assicurative essa è nella sostanza “out of pocket” ossia soldi che escono direttamente dalle tasche dei cittadini che, in tempi di crisi, sono chiamati a contribuire con ulteriori tasse e balzelli alla copertura delle spese. Nelle interviste la quasi totalità dei professionisti sanitari dichiara che il sistema sta andando verso la richiesta di un maggior esborso da parte dei cittadini, e la metà di questi ultimi si dichiara disposta a contribuire economicamente, per avere un servizio più vicino ai loro bisogni, mentre il 19% è indeciso, (dato decrementato del 13% rispetto alle stessa rilevazione effettuata nel 2012).

Sapremo fare il salto di qualità solo se si sapranno coniugare le contingenze di breve con una visione chiara di cosa dovrà essere la sanità del futuro e di come vorremo tutelare il diritto alla salute del cittadino. In questo sforzo occorrerà un disegno chiaro che sappia interpretare il bisogno, oggi ineludibile, di **mettere insieme le funzioni, le competenze, le tecnologie e le professionalità perché integrare, fare sistema, fare rete significa qualificare i servizi ed essere più efficienti**. Significa rispondere appieno al requisito della centralità del paziente che spesso è una declaratoria solo formale.

Se lo sviluppo della medicina associativa deve essere inteso come la modalità organizzativa del futuro occorre però guardare oltre. Dalle ASL agli ospedali, dalle RSA agli hospice, dalle cure domiciliari alle altre strutture specialistiche e di offerta di servizi sanitari e socio-sanitari **l'imperativo è fare rete, unirsi**. Solo così sarà possibile coniugare il miglioramento dell'assistenza alla persona, la riqualificazione delle spesa e la riduzione degli sprechi. Solo così sarà possibile rendere sostenibile il Servizio Sanitario Nazionale e non fare saltare le Regioni. Se questo spesso non emerge chiaramente un pensiero va alla responsabilità della politica che, chiamata a programmare e fare scelte di fondo per il bene del cittadino, spesso si dimentica del suo compito.

Assicurare una sanità **incentrata sulla persona** e che sia permeata da un valore di fondo che unisca la responsabilità di curare il paziente alla capacità di assistere con dignità una persona, magari a casa oppure in strutture pensate per le cronicità.

Se l'obiettivo è, come recita il decreto, **garantire ai cittadini assistenza 24 ore al giorno per sette giorni, ecco la continuità assistenziale**, come strumento per qualificare l'assistenza alla persona, garantire un filtro agli accessi al pronto soccorso, prendere in carico i pazienti cronici, che in Italia rappresentano ben il 38% della popolazione ed assorbono il 70% delle risorse, l'unica strada è



potenziare il territorio e congiungerlo funzionalmente all'ospedale; in questo percorso la formazione dei professionisti svolge un ruolo determinante anche se le interviste evidenziano una carenza di percorsi formativi sulle competenze manageriali e sul personale di un'*Equipe* (il 66% dei professionisti che fanno parte di forme di associazionismo ha risposto di non avere ricevuto alcuna formazione gestionale e solo un 28% ha risposto positivamente).

L'auspicio è che lo scenario futuro sarà caratterizzato da associazionismo dei medici delle cure primarie e da un network di poliambulatori territoriali dotati di competenze professionali e strumentazione di base in grado di garantire una copertura assistenziale per l'intera giornata (h 24), anche nei giorni festivi e prefestivi, in contatto telematico con le strutture ospedaliere. Una forma più moderna di aggregazione rispetto alle famose "équipe territoriali" nate nei primi anni del 2000 che rappresentavano un primo tentativo di promozione dell'integrazione e coordinamento dell'assistenza primaria. L'obiettivo è quello di accrescere finalmente l'efficienza della medicina territoriale puntando sui distretti quali sedi territoriali di riferimento ai quali i cittadini potranno rivolgersi sollevando il pronto soccorso da accessi impropri, presso le quali si recheranno per effettuare gli esami del sangue, le medicazioni, le prestazioni sub acute per le quali, attualmente è spesso effettuato il ricovero. Le interviste hanno fornito un dato tendenziale molto interessante: i cittadini che si rivolgono ad un'associazione di medici si rivolgono in misura minore al pronto soccorso, alla guardia medica oppure ai medici specialisti privati.

Un'operazione che consentirà ai cittadini di beneficiare di assistenza sul territorio e di luoghi adatti per le cure ed al sistema di **registrare notevoli risparmi**, se si pensa che un ricovero in media costa qualche migliaio di euro mentre un paziente curato dal medico di medicina generale costa in media 400,00 euro l'anno. Le interviste dei pazienti cronici evidenziano inoltre che si registrerebbero anche **risparmi per il cittadino**: che il 31,6% delle persone con patologia cronica paga più di 1.500,00 euro l'anno quando il proprio medico opera in uno studio singolo, mentre se il medico collabora ad una forma di associazionismo questa percentuale scende al 19,5%. Questo è un dato che deve far riflettere.

Una sanità dunque **snella, meno frammentata e più vicina ai bisogni della persona**, una medicina di iniziativa e preventiva, molto attenta ad educare i comportamenti dei cittadini, a coinvolgerlo nel processo di assistenza e che utilizzi la rete informatica e le nuove tecnologie per avvicinarsi alla persona ben sapendo che le nuove generazioni vivono dentro e con la rete. La qualità della vita e l'umanizzazione delle cure si garantiscono così. A costi tra l'altro ben più ridotti.



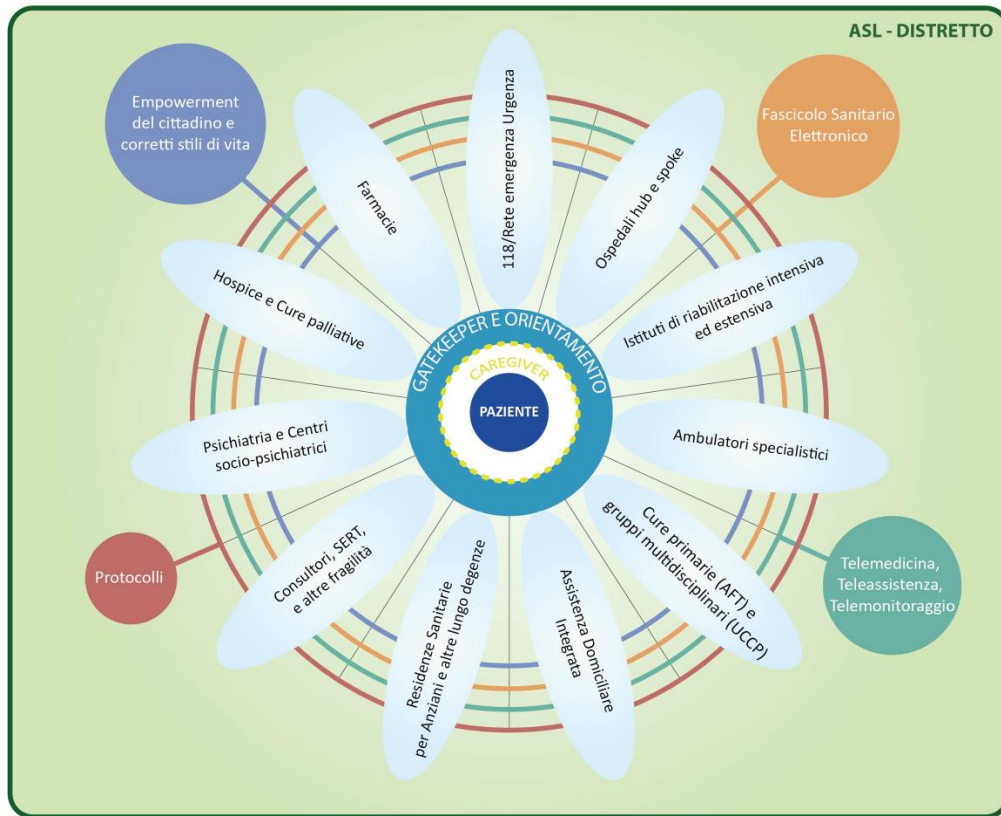


Figura 4.1 Il “fiore della salute”

C'è nel “*fiore della salute*” una suggestione, una visione che realizzi veramente la centralità della persona nel sistema. Non si tratta quindi né di un modello sanitario né di una soluzione organizzativa. E' il tentativo, si spera graficamente chiaro, di collegare funzioni e attori della sanità di domani. C'è in questa visione solo una piccola provocazione correlata alla nostra realtà. Si tratta dei servizi di coordinamento, orientamento e *gatekeeping* al cittadino che sono attorno alla persona/paziente senza alcuna paternità. Sappiamo chi dovrebbe naturalmente erogare questi servizi e sappiamo altresì che non sempre questi servizi sono assicurati con costanza e qualità. Sono però essenziali per il cittadino e per il funzionamento del sistema sanitario. La speranza è che presto un “petalo” si possa staccare e garantire la funzione. Oggi si basa ancora troppo sulla professionalità e lo scrupolo del singolo professionista. Né sono ancora sufficienti le iniziative promosse dalle Regioni. A garantire questi servizi c'è troppo spesso il passaparola, il supporto del parente che lavora in sanità, la conoscenza dell'amico infermiere piuttosto che il collega oppure la navigazione Internet. C'è in questa modalità una denuncia chiara e forte di assenza e di insufficienza di un servizio,



una funzione non clinica ma basilare incentrata sulla conoscenza delle competenze e della qualità dei servizi sanitari nel territorio. Ci sono ancora tanti passi da compiere e certamente resta anche l'inguaribile attitudine italiana di affidarsi naturalmente ai canali informali piuttosto che agli accessi tramite le porte ufficiali.

Il processo è avviato. C'è ancora molto da fare. Sotto il profilo organizzativo e culturale. Su questo punto di vista anche il cittadino è chiamato ad interpretare un nuovo ruolo all'interno del sistema sanitario; più proattivo e più attento alla prevenzione dovrà mutare alcuni comportamenti che spesso incidono sull'efficienza del sistema; in un qualsiasi sistema di erogazione di un servizio il cliente è parte stessa del servizio. *Empowerment* del cittadino non è quindi solo informazione bensì formazione culturale, in questo senso anche l'educazione scolastica può e deve fare molto di più.

## 4.2 Riflessioni finali

I risultati messi in evidenza dalla presente ricerca possono avere un impatto differente sul business delle imprese fornitrici quindi è necessaria una riflessione che ciascuna azienda può operare sia in modo autonomo che con modalità cooperative.

Infatti, il far fronte alla *spending review* può rappresentare una chance di sostenibilità se colta, non con una visione individualistica, ma attraverso un lavoro associativo tra imprese per generare quella massa critica necessaria a far sì che il sistema risponda ai bisogni sanitari e sociali, in tutto il percorso di cura, dalla promozione degli stili di vita, prevenzione, diagnosi e cura. E' in gioco il destino del sistema salute di un Paese, l'Italia, che è stata per anni ai primi posti nel ranking mondiale della *World Health Organization* sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

Le sette parole chiave studiate nel report risultano strettamente interconnesse tra loro:

- **Sostenibilità:** il Servizio Sanitario attuale ha bisogno di diventare sostenibile se non vuole virare verso sistemi governati da mutue assicurative o sistemi che generano un aumento della spesa out of pocket del cittadino.

L'efficienza infatti è una priorità per le cure primarie al pari dell'efficacia delle cure; per questo è necessario individuare nuovi modelli organizzativi che prevedano l'associazionismo, sistemi di *chronic care model*, *chronic related group* e altri modelli che contemplino la partnership tra pubblico e privato. I tagli lineari hanno dato dei benefici finanziari nell'immediato ma ora è impensabile non supportare il sistema nella fase di riorganizzazione continuando a lavorare di "scure". Le imprese possono cogliere questa opportunità e favorire la diffusione di modelli organizzativi vincenti sul territorio, sia attraverso le associazioni di categoria, sia individualmente valorizzando le esperienze di medicina di iniziativa e i percorsi di cura delle cronicità.

Altra accezione importante della sostenibilità è il perseguimento della qualità. Dalla ricerca emerge che la percezione che i medici delle cure primarie hanno rispetto alla qualità degli ausili è pari al livello della quantità della fornitura degli stessi: questo rappresenta un campanello d'allarme, un ambito in cui le imprese e loro associazioni possono intervenire per mantenere alta l'attenzione sulla qualità dei prodotti e dei servizi associati ed evitare che vinca la cultura del prezzo al ribasso; attraverso campagne di sensibilizzazione, facendo leva sui cittadini e i pazienti, può essere importante favorire soluzioni che rendano effettivo il principio di autodeterminazione del paziente in nome di fornitura di qualità.

Rispetto al tema della sostenibilità, una riflessione da fare, comunque parzialmente pericolosa nell'ambito del perseguimento del welfare pubblico, è quello dello sviluppo del business delle assicurazioni sanitarie. Il fatto che comunque sia già presente una spesa *out of pocket* che possa essere convogliata verso modelli più organizzati e forse economicamente più vantaggiosi quali le assicurazioni, potrebbe essere un campo di sviluppo per le imprese fornitrici.

- **Associazionismo:** dalla ricerca emerge che l'Associazionismo dei Medici di Medicina Generale risulta essere una formula organizzativa vincente ma ancora poco diffusa: dove essa è a regime, nella maggior parte dei casi, ha generato efficienza piuttosto che efficacia permettendo la condivisione di spazi e delle procedure amministrative ma non quella di protocolli di prevenzione, di diagnosi e di cura. Il paziente, stando alle risposte fornite, vorrebbe essere gestito dall'insieme dell'*equipe* di medici sul territorio e invece si trova ad avere il proprio medico di medicina generale come unico riferimento supportato, in caso di assenza, da un sostituto. Dallo studio è emerso che i cittadini in cura presso un medico facente parte di un'associazione di medici si rivolgono in misura minore al pronto soccorso, alla guardia medica oppure ai medici specialisti privati. Quindi, seppur l'associazionismo e in generale la sinergia tra professionisti possa rappresentare una soluzione per una migliore presa in carico del paziente e gestione delle cure, manca ad oggi un vero e proprio lavoro di *equipe* ossia una presa in carico collettiva e concertata tra professionisti sul territorio. Le imprese fornitrici possono in questo senso fare da catalizzatori con i Distretti, oggi non sempre incisivi, per favorire un associazionismo "attivo" affinché si diffonda la cultura della medicina di iniziativa, del lavoro di *equipe* valorizzando la multidisciplinarietà del territorio. In tal senso le imprese potrebbero finanziare percorsi formativi sulle metodiche del *Change management*, di *team building* in un'ottica di prevenzione della sindrome di *burn out*, presente in più di una delle testimonianze raccolte tra i professionisti sanitari in questa indagine.
- **Presa in carico:** la continuità assistenziale può essere garantita dall'associazionismo e dalle case della salute, non più contemplando le sole cure primarie ma considerando anche le cure intermedie (hospice, residenze sanitarie assistenziali- RSA, unità riabilitative territoriali –URT, e Ospedali di Comunità): i medici di medicina generale lamentano di essere scollegati dal mondo delle cure intermedie e, al contempo, i pazienti percepiscono le RSA come luoghi freddi e spersonalizzanti. In questo ambito le aziende possono potenziare il collegamento tra le strutture attraverso sistemi di *e-health*, facilitando la comunicazione tra cure primarie, intermedie e secondarie. Per quanto riguarda i cittadini, benché le cure domiciliari siano il modello di cura maggiormente auspicato e ritenuto di buona qualità, in alcuni casi non possono essere attivate confinando i pazienti in strutture sanitarie. Trasformare questi luoghi, in molti casi freddi e poco accoglienti, in strutture più "umane" può rappresentare una nuova opportunità di sviluppo di business per imprese che possono sia mettere a disposizione i propri servizi, sia interagire con studi di architettura specializzati in progettazione socio-sanitaria; il *co-housing* di tipo sanitario potrebbe essere una soluzione da sviluppare.
- **Riconversione del sistema di cura:** malgrado la richiesta di taglio di posti letto, dalla ricerca emerge che in molte realtà regionali la situazione è ancora in una fase di stallo. La mancata realizzazione delle indicazioni contenute nel decreto Balduzzi è dovuta agli interessi in gioco sempre molto alti quando si parla di posti letto ospedalieri e alle resistenze culturali. La difficoltà nel riuscire a fare in modo che il medico che opera sul territorio si senta gratificato è legata a un forte stigma professionale: l'ospedale è comunemente considerato il luogo di

eccellenza e di elevata professionalità a differenza del territorio, percepito come un ambito assistenziale meno rilevante. Le imprese potrebbero intervenire in tal senso per incentivare il riconoscimento della professionalità delle cure territoriali. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, in una sanità ancora confusa dove non sono chiari i confini tra le strutture *hub* e *spoke*, le aziende hanno la possibilità di chiedere quali sono i criteri per fissare i centri *hub* e sensibilizzare la definizione dei centri *spoke* includendo nei distretti le case della salute e le organizzazioni associate.

- **Armonizzazione di linee guida e protocolli:** le imprese, attraverso la spinta associativa, hanno campo d'azione nel richiedere la ridefinizione dei Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA) e la definizione dei LIVEAS (LEA socio-sanitari) ferma dal 2005. E' all'interno dei LEA che si può intervenire attraverso la definizione dei costi standard; l'aggiornamento del tariffario di protesi e ausili attualmente in discussione sui tavoli regionali non deve rappresentare un mero adeguamento dei prezzi ma è necessario che tenga conto dell'economia di processo che può essere meglio raffigurata attraverso il costo standard (la sommatoria di tutte le attività, i servizi e i prodotti necessari nell'intero processo di cura).

Le imprese potranno far proprie le linee guida centrali e regionali e contribuirne alla stesura e all'implementazione mediante il sostegno a gruppi di lavoro. Sono necessari degli standard operativi dettati dalla misura di indicatori non soltanto di efficienza ma anche di efficacia, aspetto totalmente carente nella sperimentazione CREG all'interno della quale è prevista la sola misura dei costi e senza valutare gli esiti. Le imprese potrebbero richiedere di essere misurate anche sugli esiti di salute, qualità di vita e qualità percepita.

Le malattie croniche non possono essere considerate soltanto dal punto di vista clinico ma necessitano di interventi inclusivi sia della sfera sanitaria che di quella sociale: le imprese fornitrici dovrebbero quindi ampliare la propria visione, non concentrandosi solo su aspetti meramente clinici e tecnologici, ma considerando il paziente inserito all'interno di un contesto sociale oltre che sanitario. Le relazioni forti con Cittadinanza attiva e le associazioni di pazienti sono leve per far sì che le linee guida siano scritte considerando anche la prospettiva individuale.

- **E- health:** in Italia i sistemi tecnologici sono pronti per poter trasferire parte delle attività effettuate in presenza a distanza e per potenziare altre attività ad oggi poco presenti. Le aziende potrebbero sempre più pensare a collaborare nella realizzazione di servizi di *smart health* sia per il cittadino sia per gli studi associati di medicina, sia le cure intermedie e gli ospedali. La telemedicina è un sistema che rende sostenibile il servizio sanitario, ma che oggi in Italia non vive un riconoscimento ufficiale di percorso, a differenza di Francia e UK dove la visita è riconosciuta. La battaglia che le imprese associate possono portare avanti presso i decisori è quella di ottenere il riconoscimento della telemedicina a tariffario; questo è essenziale perché già oggi molti medici svolgono visite on line ma in modo "nascosto" e non riconosciuto dal servizio sanitario, a discapito sia delle potenzialità tecnologiche sia della motivazione professionale. Dalla ricerca emerge un forte squilibrio nell'implementazione di Fascicolo Sanitario Elettronico, refertazione on-line tra le Regioni: le imprese possono porsi come



catalizzatori del cambiamento in quanto capillarmente presenti in tutto il paese e già esperte conoscitrici di software di natura sanitaria. Da ultimo, nell'*e-health*, una voce che sta rivoluzionando la comunicazione on line è data dai social network. Non essere presenti per le imprese significa essere tagliate fuori da veri e propri luoghi di conversazione attiva (a differenza dei siti) dove le persone condividono le proprie condizioni di salute e malattia (blog e forum) e i medici e gli altri operatori scambiano pareri e conoscenza on line (forum), in una modalità che viaggia più veloce delle riviste scientifiche.

- ***Empowerment del cittadino***; su questa parola chiave le aziende hanno massimo margine di manovra in quanto nella percezione dei cittadini è rivendicata in modo chiaro la volontà di essere direttamente informati sui servizi per poter scegliere direttamente il provider di cura e di fornitura, cosa che a oggi le ASL non adempiono in modo esaustivo ed efficace. La qualità dell'informazione dalle ASL e dalle associazioni dei pazienti ne esce in modo scadente rispetto alle questioni operative: le imprese potrebbero offrire un servizio congiunto di un libro bianco sui luoghi di cura e sulle modalità di servizi per le cure domiciliari. La lista dei fornitori potrebbe essere messa a punto delle associazioni di categoria come dalle singole imprese. E tornando alla missione dell'*empowerment*, ovvero una fortificazione della persona a gestire il proprio livello di salute o malattia, le imprese possono attraverso siti, blog e forum educazionali, in concertazione con i professionisti delle cure primarie, aiutare in prima persona la realizzazione di questo punto di attenzione. Si possono sviluppare percorsi su come possa essere ottenuto il *coping* ovvero la capacità di accogliere in modo evolutivo stati di malattia cronica invalidante e servizi di orientamento su come poter trovare aiuti familiari, badanti, assistenti professionali, gruppi di auto, questi ultimi molto importanti nelle malattie molto invalidanti e nelle dipendenze.

In conclusione, è auspicabile un cambio di passo per superare le resistenze residue di medici e infermieri e delle loro associazioni di categoria: l'associazionismo è un modello che funziona, seppur perfettibile, questo deve diventare oggetto di formazione continua, privilegiando così non solo competenze tecniche ma anche organizzative gestionali. Le corporazioni hanno dilaniato negli ultimi anni il bene collettivo – il welfare - stabilendo e boicottando innovazioni, la delega di responsabilità e di governance del sistema. Le imprese produttrici, come hanno già effettuato in passato, potranno contribuire a lavorare per la costruzione di gruppi cooperativi e di forti movimenti di pressione di cambiamento e di adozione verso i modelli che funzionano.



\*\*\*\*\*

### *Ringraziamenti*

Un ringraziamento va alle aziende ed alle organizzazioni che hanno creduto ed investito in questo lavoro e non hanno mai mancato di fornirci utili suggerimenti ed indicazioni. Un ringraziamento va anche a tutti i professionisti che abbiamo incontrato nel corso dello studio e che ci hanno dedicato il loro tempo e le loro energie per raccogliere la loro esperienza ed il loro punto di vista. Un ringraziamento anche ai cittadini che hanno partecipato all'indagine sul campo, nella speranza di essere adeguati portavoce della loro esperienza e dei loro suggerimenti.

Se non abbiamo potuto rappresentarli nella loro completezza e specificità ciò è dipeso unicamente dai nostri limiti e dalla volontà di evidenziare i tratti più salienti da loro riportati ai fini dello studio.

Speriamo, comunque, di avere riportato in modo fedele ciò che ci è stato rappresentato nel corso degli incontri.

Fondazione ISTUD e Vance intendono continuare nei prossimi anni l'esperienza Osservatorio Cure Primarie per monitorare il percorso evolutivo delle cure primarie ben consapevoli di come essa abbia forti legami ed influenzi le altre componenti dell'offerta di servizi sanitari al cittadino.

Ci auguriamo infine di poter ritornare presto su questi temi per nuove analisi e nuovi approfondimenti.

Il Gruppo di lavoro:

Per Fondazione ISTUD

#### **Antonietta Cappuccio**

Laureata in Biotecnologie Farmaceutiche presso l'Università degli studi di Padova, dopo una breve esperienza di ricerca presso l'Università di Losanna, ha partecipato al master "Scienziati in Azienda" di Fondazione ISTUD, grazie al quale ha potuto conoscere i progetti portati avanti dall'Area Sanità e Salute. Attualmente si occupa di progetti di studio del sistema sanitario, quali l'Osservatorio delle Cure Primarie, e di approfondire la conoscenza della Medicina Narrativa, non solo analizzando le storie di pazienti, caregiver ed equipe medica, ma anche facendosi portavoce di questo nuovo approccio alla relazione medico paziente.



**Valeria Gatti**

Laureata in Economia Politica presso l'università degli Studi di Pavia, ha approfondito gli studi conseguendo un master in Green Management. Al momento all'interno di Fondazione ISTUD si occupa di progetti di studio del sistema sanitario, tra cui l'Osservatorio delle Cure Primarie, e di ricerca nel campo della salute e del benessere. Inoltre, è responsabile del coordinamento dei corsi post universitari organizzati dalla Business School.

**Maria Giulia Marini**

Responsabile dell'Area Sanità e Salute della Fondazione ISTUD. Laurea in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche, specialità in Epidemiologia e in Farmacologia, counselor a indirizzo analitico transazionale, già Coordinatore per la Società di Scienze Farmacologiche Applicate del gruppo di Economia Sanitaria e Farmacoeconomia. E' stata Responsabile del Settore Health Care di una primaria società di consulenza internazionale e precedentemente Responsabile dell'Ufficio di Economia Sanitaria di una multinazionale farmaceutica. Ha maturato competenze sull'organizzazione dei sistemi sanitari, la revisione dei percorsi assistenziali, la ricerca sugli indicatori, il risk management e la governance socio-sanitaria. Si occupa di favorire l'integrazione tra discipline umanistiche e scientifiche per l'umanizzazione delle cure, di dare ai pazienti e cittadini una sanità più coerente con i loro veri bisogni di salute. E' conferenziere e autore di numerose pubblicazioni nazionali e internazionali. Ha pubblicato con il Sole 24 Ore due volumi: "Le organizzazioni aperte in Sanità" -2006- e "Le organizzazioni evolute in sanità" - 2010. Responsabile Area Sanità e Salute e per Lupetti "Medicina Narrativa per una Sanità Sostenibile"- 2012 Fondazione ISTUD per la Cultura d'Impresa e di Gestione.

**Luigi Reale**

Coordinatore dei progetti di ricerca dell'Area Sanità e Salute della Fondazione ISTUD. Laurea in Scienze Politiche indirizzo Politico-Amministrativo, ha conseguito un Master in Management Sanitario presso la SDA Bocconi di Milano. Ha collaborato all'implementazione di un sistema di controllo di gestione e alla stesura dell'Atto Aziendale e del Piano Organizzativo e Funzionale in un noto Policlinico Universitario. In questi anni ha lavorato su progetti di ricerca, formazione e sviluppo aventi per oggetto la riorganizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, le valutazioni economiche secondo un approccio socio-sanitario integrato, la governance in sanità. I suoi attuali interessi di ricerca riguardano il mondo complesso della disabilità e delle malattie neurodegenerative.

VANCE:

**Roberto De Luca –**

Senior partner Vance Value Governance Consulenti Associati - Laurea con lode in Economia Aziendale, MBA biennale, diploma Management Teachers

Recruitment. Esperto in pianificazione e controllo, organizzazione, audit e modelli ex d.lgs. 231/01 ha maturato un'esperienza di oltre 25 anni nella consulenza di direzione aziendale. Da oltre 20 anni, si occupa di progetti in sanità. Ha ricoperto inoltre numerosi incarichi di componente di consigli di amministrazione, comitati di valutazione, organi di indirizzo ed organismi di vigilanza ex d.lgs. 231/01. Si occupa di amministrazioni di aziende sottoposte a misure di prevenzione e sequestri preventivi. Fa parte della faculty di Fondazione ISTUD.

**Alessandra Bosio –**

Senior Advisor Vance Value Governance Consulenti Associati - Nata nel 1966, Laurea in Economia, in VANCE dal 2007 con aree di competenza in organizzazione e processi, sistemi di controllo interno, Modelli ex D.Lgs. 231/01 e ricerche in sanità. Ha maturato una pluriennale esperienza in ambito auditing, sistemi di controllo ed organizzazione per aziende dei settori sanitario, PA/Enti locali, assicurativo, industriale.

## *Bibliografia e fonti di riferimento*

### *a) Studi e Ricerche*

1. IReR - Individuazione di “best practices” organizzative per le Asl - 2008
2. Age.Na.S: “*Stato di Attuazione dei Distretti in Italia*” – luglio 2006 -
3. AA.VV. : *Esperienze di Assistenza Primaria* – Monitor luglio 2005 – Age.Na.S
4. Progetto Operativo di Assistenza Tecnica – POAT Salute Seminario di confronto tra le Regioni Forme e modalità di aggregazione dei MMG in rapporto alla rete ospedaliera e territoriale – febbraio 2013
5. Questionario su aggregazioni funzionali e complesse della Medicina Generale – Centro Studi FIMMG – Settembre 2011
6. La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica - 17 giugno 2013 – Camera dei Deputati - Servizio Studi
7. Azienda provinciale per i servizi sanitari PA Trento – Documento di formazione sulla Promozione Salute
8. Atti del congresso POAT Salute, Catanzaro 14 e 15 Febbraio 2013
9. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana (p. I) n. 31 del 22 luglio 2011 (n. 30)

### *b) Siti web*

1. [www.agenas.it](http://www.agenas.it)
2. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
3. [www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org)
4. [www.censis.it](http://www.censis.it)
5. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
6. [www.istat.it](http://www.istat.it)
7. [www.sanitab.regione.abruzzo.it](http://www.sanitab.regione.abruzzo.it)
8. [www.aslavezzano.it](http://www.aslavezzano.it)
9. [www.aslchieti.it](http://www.aslchieti.it)
10. [www.asltreab.it](http://www.asltreab.it)
11. [www.ausl.pe.it](http://www.ausl.pe.it)
12. [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it)
13. [www.info.asl2abruzzo.it](http://www.info.asl2abruzzo.it)
14. [www.asrabruzzo.it](http://www.asrabruzzo.it)
15. [www.sanita.basilicata.it](http://www.sanita.basilicata.it)
16. [www.regione.basilicata.it](http://www.regione.basilicata.it)
17. [www.aspbasilicata.net](http://www.aspbasilicata.net)
18. [www.asmbasilicata.it](http://www.asmbasilicata.it)
19. [www.regione.calabria.it/sanita/](http://www.regione.calabria.it/sanita/)
20. [www.aslav2.it](http://www.aslav2.it)

21. <http://burc.regione.campania.it>
22. [www.aslsalerno.it](http://www.aslsalerno.it)
23. [www.aslbenevento1.it/](http://www.aslbenevento1.it/)
24. [www.aslcaserta.it](http://www.aslcaserta.it)
25. [www.aslna1.napoli.it/](http://www.aslna1.napoli.it/)
26. [www.aslnapoli2nordservizionline.it/](http://www.aslnapoli2nordservizionline.it/)
27. [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it)
28. [www.progetto-sole.it](http://www.progetto-sole.it)
29. [www.saluter.it](http://www.saluter.it)
30. [www.regione.fvg.it](http://www.regione.fvg.it)
31. [www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)
32. [ww.regione.lazio.it](http://ww.regione.lazio.it)
33. [www.asplazio.it](http://www.asplazio.it)
34. [www.aslromad.it](http://www.aslromad.it)
35. [www.asl.ri.it](http://www.asl.ri.it)
36. [www.aslrma.com](http://www.aslrma.com)
37. [www.aslromah.it](http://www.aslromah.it)
38. [www.poslazio.it](http://www.poslazio.it)
39. [www.asl.vt.it](http://www.asl.vt.it)
40. [www.aslromab.it](http://www.aslromab.it)
41. [www.asl.fr.it](http://www.asl.fr.it)
42. [www.asl.latina.it/](http://www.asl.latina.it/)
43. [www.aslromac.it](http://www.aslromac.it)
44. [www.asl-rme.it/](http://www.asl-rme.it/)
45. [www.aslromag.it/](http://www.aslromag.it/)
46. [www.aslrmf.it/](http://www.aslrmf.it/)
47. [www.regione.liguria.it](http://www.regione.liguria.it)
48. [www.arsliguria.it](http://www.arsliguria.it)
49. [www.liguriainformasalute.it](http://www.liguriainformasalute.it)
50. [www.sanita.regione.lombardia.it](http://www.sanita.regione.lombardia.it)
51. <https://dati.lombardia.it/>
52. [www.servizisociali.marche.it](http://www.servizisociali.marche.it)
53. [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it)
54. <http://salute.regione.marche.it/home.asp>
55. [www.snamimolise.it](http://www.snamimolise.it)
56. [www3.regione.molise.it](http://www3.regione.molise.it)
57. [www.regione.molise.it](http://www.regione.molise.it)
58. [www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it)
59. [www.aslto5.piemonte.it](http://www.aslto5.piemonte.it)
60. [www2.aress.piemonte.it](http://www2.aress.piemonte.it)
61. [www.comune.torino.it](http://www.comune.torino.it)
62. [www.cardpuglia.it](http://www.cardpuglia.it)
63. [www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)
64. [www.consiglio.regione.toscana.it](http://www.consiglio.regione.toscana.it)
65. [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)
66. [www.salute.toscana.it](http://www.salute.toscana.it)

67. [www.ars.toscana.it/](http://www.ars.toscana.it/)
68. [www.regione.sardegna.it](http://www.regione.sardegna.it)
69. [www.aslsassari.it](http://www.aslsassari.it)
70. [www.sardegna salute.it](http://www.sardegna salute.it)
71. [www.costruiredi salute.it](http://www.costruiredi salute.it)
72. [www.pti.regione.sicilia.it](http://www.pti.regione.sicilia.it)
73. [www.ausl2.umbria.it](http://www.ausl2.umbria.it)
74. [www.asl1.umbria.it](http://www.asl1.umbria.it)
75. [www.sanita.regione.umbria.it](http://www.sanita.regione.umbria.it)
76. [www.regione.vda.it](http://www.regione.vda.it)
77. [www.ausl.vda.it/](http://www.ausl.vda.it/)
78. [www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it)
79. [www.regione.veneto.it/web/guest/aziende-ulss-e-ospedaliere](http://www.regione.veneto.it/web/guest/aziende-ulss-e-ospedaliere) ½
80. [www.extraospedaliero.regione.veneto.it/](http://www.extraospedaliero.regione.veneto.it/)
81. [www.sabes.it](http://www.sabes.it)
82. [www.provincia.bz.it](http://www.provincia.bz.it)
83. [www.trentinosalute.net](http://www.trentinosalute.net)
84. [www.apss.tn.it](http://www.apss.tn.it)

**c) Documenti**

1. Piani Sanitari Nazionali
2. Piani Sanitari Regionali
3. Monitoraggio LEA 2011
4. Monitoraggio Piani di Rientro 2013

## *Glossario*

- **AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale)**, aggregazioni monoprofessionali che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione, linee guida, audit
- **UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie)**, aggregazioni multiprofessionali (si associano anche specialisti) con strumentazione di base, aperti per tutto l'arco della giornata 7/7.
- **Casa della Salute:** struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie che deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie.
- **ADI:** un complesso di prestazioni mediche, riabilitative, infermieristiche e socioassistenziali, rese a domicilio, dedicate per un numero crescente di specialità.
- **Cure Intermedie:** un servizio di breve durata fornito in un setting residenziale per persone con perdita recente dell'autosufficienza. Le strutture di riferimento sono OdC (Ospedali di Comunità), URT (Unità di Riabilitazione Territoriale) e Hospice.
- **Cure Extraospedaliere:** complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogato a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio.
- **Cure Secondarie:** cure specialistiche fornite in ospedale ambulatorialmente o in fase di ricovero a pazienti esterni o interni.
- **Cure Terziarie:** i servizi medici ospedalieri di altissima specializzazione, normalmente non usufruibili tra le cure secondarie e generalmente disponibili a livello nazionale o internazionale.
- **FSE (Fasciolo Sanitario Elettronico):** insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio- sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.

# Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza

## Allegati al Report

- 1- Schede delle Regioni
- 2- Questionario per i cittadini
- 3- Questionario per i professionisti





Regione Abruzzo						
Dati aggiornati al 30 novembre 2013						
1	Popolazione e Territorio ( da sito istat-censimento 2011)			Dato regionale	Dato nazionale	
				Numero Abitanti	1.340.632	14°
				% della popolazione italiana	2,22%	
				Densità per Km <sup>2</sup>	124,19	media 192,03
				Superficie	10.795 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>
				n. province	4	112
				n. comuni	305	8.425
				% popolazione 0-14	13%	14%
				% popolazione over 65	21,2%	20,3%
				% popolazione over 85	3,17%	2,76%
				% indice dipendenza	52%	52%
				% indice dipendenza anziani	32%	31%
				numero componenti nucleo familiare	2,47	2,44
				% anziani soli	29,77%	28,09%
				% famiglie +5 componenti	6,17%	4,34%
				reddito medio pro capite	€ 16.670	€ 19.660
				% persone con almeno una malattia cronica	41,4%	38,6%
2	Organizzazione regionale (da sito regionale "Sanita'b")	<ul style="list-style-type: none"> <li>All'interno della Direzione Politiche della Salute è presente il Servizio Assistenza Sanitaria di base e specialistica che:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>cura la contrattazione decentrata regionale dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali;</li> <li>cura gli adempimenti connessi alla formulazione e pubblicazione delle graduatorie del personale convenzionato;</li> <li>cura la programmazione delle attività di formazione e di aggiornamento del personale convenzionato nonché i corsi di formazione di medicina generale;</li> <li>gestisce le procedure per il riconoscimento dei titoli conseguiti all'estero afferenti il personale convenzionato.</li> </ul> </li> <li>L'area Integrazione socio-sanitaria dell'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo collabora con la Direzione Sanità e con la Direzione Servizio sociali per lo sviluppo di metodologie e strumenti per favorire lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria</li> <li>n. 4 Aziende Sanitarie Locali (al 2009 erano 6)</li> <li>n. 46 Distretti</li> <li>il bacino di utenza medio è pari a 27.930, (la media nazionale è pari a 85.670)</li> <li>la superficie di competenza del distretto è pari a 224 km<sup>2</sup>. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a km<sup>2</sup> 413.</li> </ul>				
3	Piano Sanitario Regionale ( da PSR 2008-2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il PSR 2008-2010, ultimo Piano approvato, indica quali gli obiettivi strategici da perseguire con la riorganizzazione dei macrolivelli assistenziali sono:</li> </ul>				

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“il potenziamento dell’offerta dei servizi territoriali da realizzarsi attraverso il progressivo spostamento di risorse economico-finanziarie dal macrolivello ospedaliero e con la riorganizzazione dell’assetto distrettuale;</i></li> <li>- <i>la valorizzazione dell’intero sistema delle cure primarie, anche attraverso la promozione delle forme evolute di associazionismo medico (Unità Territoriali di Assistenza Primaria (di seguito UTAP), Casa della salute, ecc.)”.</i></li> <li>• I punti di intervento previsti dal PSR 2008-2010 nell’ambito delle cure primarie erano: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“riduzione dei distretti da 46 a 24;</i></li> <li>- <i>istituzione di Case della Salute, Nuclei di Cure Primarie, UTAP, Ospedali di Comunità;</i></li> <li>- <i>implementazione di posti letto residenziali e semiresidenziali per anziani per un totale pari a 4300 posti letto;</i></li> <li>- <i>raggiungimento entro il 2009 del 3% di assistiti sulla popolazione totale per il servizio di assistenza domiciliare”.</i></li> </ul> </li> </ul>
4	Spesa sanitaria e spending review (Sito Ministero della Salute, ISTAT – censimento 2011, rapporto ministeriale piano di rientro, L. 135/2012, art. 15 comma 13 – Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica – Spending review )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione con Piano di Rientro: SI,</li> <li>• La Regione Abruzzo è in piano di rientro dal 6 marzo 2007.</li> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: 1772 €</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: 221,9 €</li> <li>• Spesa sanitaria totale: 2.381 milioni di €</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 82€</li> <li>• Secondo quanto proposto dalla spending review, la Regione Abruzzo, per essere in linea con gli standard nazionali prefissati, dovrà attivare 32 posti letto per post-acuti e 208 posti letto per acuti dovranno essere riconvertiti in posti letto per post-acuti con una variazione rispetto alla situazione di partenza rispettivamente del -5% e +34% rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%. Posti letto dopo tali interventi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- acuti 4.026</li> <li>- post acuti 939</li> <li>- totale posti letto 4.965</li> </ul> </li> </ul>
5	Indicatori di efficienza (da rapporti ministeriali schede SDO, LEA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 4,64%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 37,28%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 24,59%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 170,22</li> </ul>
6	Associazionismo Medico (da istat-censimento 2011, carta dei servizi, delibera commissario ad acta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 1.129</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1.031 (media nazionale 1.133)</li> <li>• n. PLS: 183</li> <li>• n. assistiti PLS: 787 (media nazionale 856,88)</li> <li>• Nella Regione Abruzzo sono attive due UTAP (unità territoriali di assistenza primaria) presso la ASL 3 di Pescara.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Relativamente ai modelli organizzativi per l'erogazione delle Cure Primarie la delibera n. 25 del 3 aprile 2013 del presidente della Regione Abruzzo in qualità di commissario ad acta stabilisce che <i>“le ASL, entro sei mesi dall'adeguamento degli AIR ai contenuti degli ACN fissati in ottemperanza a quanto disposto all'art. 1 del D.L. n. 158/12 convertito in L. n. 189/2012, devono predisporre il Piano della rete territoriale delle UCCP/PTA, previsto dal Decreto Commissariale n. 45/2010, tenendo conto sia del posizionamento di questi punti di erogazione all'interno di ciascun distretto rispetto al bacino di popolazione afferente, che dei tempi di percorrenza necessari per il raggiungimento della sede sanitaria da ciascun comune. Il Piano della rete territoriale deve essere adottato da ciascuna ASL, prevedendo anche l'organizzazione delle AFT in ambito distrettuale attraverso l'attivazione di reti informatiche comuni fra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nelle more di adozione del nuovo AIR.”</i> L'attività è in corso.</li> </ul>
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute (delibera commissario ad acta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relativamente ai modelli organizzativi per l'erogazione delle Cure Primarie la delibera n. 25 del 3 aprile 2013 del presidente della Regione Abruzzo in qualità di commissario ad acta stabilisce che <i>“le ASL, entro sei mesi dall'adeguamento degli AIR ai contenuti degli ACN fissati in ottemperanza a quanto disposto all'art. 1 del D.L. n. 158/12 convertito in L. n. 189/2012, devono predisporre il Piano della rete territoriale delle UCCP/PTA, previsto dal Decreto Commissariale n. 45/2010, tenendo conto sia del posizionamento di questi punti di erogazione all'interno di ciascun distretto rispetto al bacino di popolazione afferente, che dei tempi di percorrenza necessari per il raggiungimento della sede sanitaria da ciascun comune. Il Piano della rete territoriale deve essere adottato da ciascuna ASL, prevedendo anche l'organizzazione delle AFT in ambito distrettuale attraverso l'attivazione di reti informatiche comuni fra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nelle more di adozione del nuovo AIR.”</i> L'attività è in corso, alla data risultano aperte nel 2013 2 UCCP (Sant'Egidio alla Vibrata e Villa Rosa a Teramo).</li> </ul>
8	Cure intermedie (da carta dei servizi regionali, sito ministero della salute, rapporto Istat sanità)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il Presidio Territoriale di Assistenza rappresenta una nuova e ulteriore articolazione delle ASL finalizzata a offrire ai cittadini prestazioni sanitarie di diagnosi e cura. Presso il PTA sono attivi ambulatori specialistici e di riabilitazione, laboratorio analisi, punti di primo intervento e postazione 118, sportello CUP. Grazie al gran numero di servizi offerti, il PTA si configura come anello di congiunzione fra l'assistenza distrettuale e quella ospedaliera, diventando un importante punto di riferimento per i cittadini poiché ricopre un'area territoriale più ampia rispetto a quella ricoperta dal Distretto Sanitario. Dalla Carta dei Servizi 2012-2013 risultano attivi 5 PTA.</li> <li>Secondo il più recente rapporto Istat i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi il 31 dicembre 2010 dispongono complessivamente di 7.377 posti letto di cui 5.038 per un target anziano.</li> <li>Secondo i dati della direzione generale del sistema informativo del Ministero della Salute i p.l. residenziali nel 2010 erano 2.658 e quelli semiresidenziali 252 per un totale di 217 p.l. per 100.000 abitanti. Di questi il 52,4% fornisce assistenza agli anziani.</li> <li>Dalla Carta dei Servizi 2012-2013 risultano attive 20 RSA sul territorio abruzzese.</li> <li>Dal sito del Ministero della Salute risultano attive 6 strutture di Hospice per un totale di 72 posti letto.</li> </ul>
9	Assistenza domiciliare (da istat-censimento 2011, istat dati adi 2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'assistenza domiciliare in Abruzzo è fornita dal 88,2% dei comuni per i disabili e dal 89,2% per gli anziani, con un indice di copertura territoriale così una copertura rispettivamente dell'90% e 91,9% del fabbisogno territoriale.</li> <li>Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 14.047 su un totale di popolazione anziana <math>\geq</math> di 65 anni pari 284.213 unità, coprendo pertanto il 5% della popolazione anziana, percentuale superiore al target fissato dal Ministero della Salute pari al 3,5%.</li> </ul>

10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti <i>(dai siti delle ASL della Regione Abruzzo)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cup: è attivo il Cup telefonico unico. La Asl di Lanciano Vasto Chieti ha attivato il servizio di Cup Online. La Asl di Teramo ha attivato il servizio di prenotazione sia online che via SMS.</li> <li>• Referti on line: è attivo il servizio di ritiro dei referti on line presso la ASL 1 e la ASL di Teramo.</li> <li>• FSE: secondo il rapporto del CESIS del 2012 in Abruzzo il FSE è nella fase di sperimentazione in tutte le ASL e AO.</li> <li>• Rete medici/ Ricetta elettronica: secondo il rapporto ministeriale sui LEA è avvenuto il pieno collegamento in rete di tutti i medici convenzionati e l'utilizzo dei mezzi elettronici (tessera sanitaria e ricetta elettronica).</li> <li>• Progetti telemedicina: nelle tendopoli, realizzate dopo il terremoto de L'Aquila, è stato avviato il progetto di telemedicina Nest (Nucleo emergenza sanitaria territoriale) con servizi di radiologia mobile, telecardiologia, teleassistenza domiciliare per anziani. Il progetto risale al 2009 ed è stato realizzato grazie a tecnologie e personale messi a disposizione dalla regione Veneto.</li> </ul>
11	Armonizzazione <i>(da rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA: la regione Abruzzo con un punteggio pari a 145 (range -25 - 225) si colloca in una situazione "adempiente con impegno".</li> <li>• In particolare risulta inadempiente per quanto riguarda:</li> <li>• Assistenza domiciliare e residenziale: il punteggio totale riportato dalla Regione è di 55 punti, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82, pertanto la regione risulta inadempiente.</li> </ul>
12	Empowerment del cittadino <i>(dal sito Università Bocconi – osservatorio sul patient web empowerment; sito Agenas)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient web empowerment indicator (PWEI) in Abruzzo, riferito all'anno 2012, si attesta a: 2,3, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto .</li> <li>• La Regione Abruzzo partecipa al tavolo tecnico sull'empowerment che Agenas ha avviato da fine 2007. Il gruppo di lavoro è attualmente costituito da 11 Regioni (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Toscana, provincia autonoma di Trento, Veneto) e finora ha condiviso obiettivi di lavoro, modelli teorici e strumenti operativi. Dal database aggiornato al 2012 la Regione Abruzzo ha avviato 13 iniziative, non risultano presenti progettualità specifiche in materia di Cure Primarie.</li> </ul>

Regione Basilicata																																																					
Dati aggiornati al 30 novembre 2013																																																					
1	Popolazione e Territorio ( da sito istat-censimento 2011)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Dato regionale</th> <th style="text-align: center;">Dato nazionale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numero Abitanti</td> <td style="text-align: center;">588.198</td> <td style="text-align: center;">17°</td> </tr> <tr> <td>% della popolazione italiana</td> <td style="text-align: center;">0,97 %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Densità per Km<sup>2</sup></td> <td style="text-align: center;">58,85</td> <td style="text-align: center;">media 192,03</td> </tr> <tr> <td>Superficie</td> <td style="text-align: center;">29.995 Km<sup>2</sup></td> <td style="text-align: center;">media 14.351 Km<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>n. province</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">112</td> </tr> <tr> <td>n. comuni</td> <td style="text-align: center;">131</td> <td style="text-align: center;">8.425</td> </tr> <tr> <td>% popolazione 0-14</td> <td style="text-align: center;">13,4 %</td> <td style="text-align: center;">14%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 65</td> <td style="text-align: center;">20,2 %</td> <td style="text-align: center;">20,3%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 85</td> <td style="text-align: center;">2,75 %</td> <td style="text-align: center;">2,76%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza</td> <td style="text-align: center;">50%</td> <td style="text-align: center;">52%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza anziani</td> <td style="text-align: center;">30%</td> <td style="text-align: center;">31%</td> </tr> <tr> <td>numero componenti nucleo familiare</td> <td style="text-align: center;">2,53</td> <td style="text-align: center;">2,44</td> </tr> <tr> <td>% anziani soli</td> <td style="text-align: center;">32,18 %</td> <td style="text-align: center;">28,09%</td> </tr> <tr> <td>% famiglie +5 componenti</td> <td style="text-align: center;">5,86%</td> <td style="text-align: center;">4,34%</td> </tr> <tr> <td>reddito medio pro capite</td> <td style="text-align: center;">14.980 €</td> <td style="text-align: center;">€ 19.660</td> </tr> <tr> <td>% persone con almeno una malattia cronica</td> <td style="text-align: center;">41%</td> <td style="text-align: center;">38,6%</td> </tr> </tbody> </table>		Dato regionale	Dato nazionale	Numero Abitanti	588.198	17°	% della popolazione italiana	0,97 %		Densità per Km <sup>2</sup>	58,85	media 192,03	Superficie	29.995 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>	n. province	2	112	n. comuni	131	8.425	% popolazione 0-14	13,4 %	14%	% popolazione over 65	20,2 %	20,3%	% popolazione over 85	2,75 %	2,76%	% indice dipendenza	50%	52%	% indice dipendenza anziani	30%	31%	numero componenti nucleo familiare	2,53	2,44	% anziani soli	32,18 %	28,09%	% famiglie +5 componenti	5,86%	4,34%	reddito medio pro capite	14.980 €	€ 19.660	% persone con almeno una malattia cronica	41%	38,6%
	Dato regionale	Dato nazionale																																																			
Numero Abitanti	588.198	17°																																																			
% della popolazione italiana	0,97 %																																																				
Densità per Km <sup>2</sup>	58,85	media 192,03																																																			
Superficie	29.995 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>																																																			
n. province	2	112																																																			
n. comuni	131	8.425																																																			
% popolazione 0-14	13,4 %	14%																																																			
% popolazione over 65	20,2 %	20,3%																																																			
% popolazione over 85	2,75 %	2,76%																																																			
% indice dipendenza	50%	52%																																																			
% indice dipendenza anziani	30%	31%																																																			
numero componenti nucleo familiare	2,53	2,44																																																			
% anziani soli	32,18 %	28,09%																																																			
% famiglie +5 componenti	5,86%	4,34%																																																			
reddito medio pro capite	14.980 €	€ 19.660																																																			
% persone con almeno una malattia cronica	41%	38,6%																																																			
2	Organizzazione regionale ( da siti ufficiali regione )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessore Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ufficio Promozione Cittadinanza Solidale ed Economia Sociale, Sviluppo Servizi Sociali e Sociosanitari</li> <li>○ Ufficio Risorse Finanziarie e investimenti del sistema salute</li> <li>○ Ufficio Prestazioni Assistenza Territoriale, Ospedaliera e Politiche del Farmaco</li> </ul> </li> <li>• n. 2 Aziende Sanitarie Locali (la Asl di Matera ASM e la Asl di Potenza ASP)</li> <li>• n. 7 Distretti di Comunità di Primo Livello</li> <li>• n. 18 Distretti di Comunità di Secondo Livello</li> <li>• il bacino di utenti medio di ogni distretto è pari a 32'677 (la media nazionale è pari a 85.670)</li> <li>• la superficie di competenza del distretto è &lt;140 km<sup>2</sup> nel 0% , tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 0%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 33,3% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 66,7% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a km<sup>2</sup> 413, la regione ha più del 60% dei Distretti con una superficie di competenza maggiore della media nazionale.</li> </ul>																																																			

3	Piano Sanitario Regionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Basilicata ha approvato il Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla persona e alla comunità per il periodo 2012 – 2015: “Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2011-2014. Un Sistema di diritti e garanzie per la tutela della salute e del benessere della persona - Ammalarsi meno, curarsi meglio.”</li> <li>• Nel PSR, redatto in linea con i cambiamenti di scenario a livello nazionale, viene identificato l’obiettivo di integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie e si enuncia: <i>“la necessità di garantire assistenza 24h/24 e di migliorare la rete assistenziale (continuità delle cure, accessibilità, integrazione, rete informativa), ...si auspica quindi un maggiore lavoro di team tra i professionisti volto a creare percorsi diagnostico-terapeutici e la presa in carico di patologie caratterizzate da un rilevante impatto sociale quali il diabete, l’ipertensione arteriosa, le malattie cardiovascolari, le malattie broncopolmonari, le malattie gastrointestinali, le malattie osteoarticolari, le malattie psichiatriche..... A tal fine si intende promuovere la costituzione delle Aggregazioni Funzionari Territoriali (AFT) ed anche la sperimentazione dell</i> “</li> </ul>
4	Spesa sanitaria e spending review  (Sito del Ministero della Salute e istat-censimento 2011 e da L. 135/2012 art. 15 comma 13 – Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica - Spending review)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione con Piano di Rientro: No</li> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: 1'850 €</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: 197,1 €</li> <li>• Spesa sanitaria totale: 1'086 milioni di €</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 68,84 €</li> <li>• Secondo quanto previsto dalla spending review la Basilicata deve chiudere posti letto per acuti (107 posti letto) e aumentare quelli post acuti (39 posti letto); il nuovo totale posti letto sarà:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posti letto per acuti: 1'697</li> <li>- Posti letto per post-acuti 396</li> <li>- Posti letto totali 2'093</li> </ul> </li> </ul>
5	Indicatori di efficienza ( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 3,9%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 48,87%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 22,58%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 154,52</li> </ul>
6	Associazionismo Medico ( da istat-censimento 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 508</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1025 ( media nazionale 1.133)</li> <li>• n. PLS: 65</li> <li>• n. assistiti PLS: 814 (media nazionale 856,88)</li> </ul>
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute	
8	Cure Intermedie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il PSR dichiara che <i>“ il sistema della residenzialità e semi-residenzialità è abbastanza carente”</i> l’obiettivo quindi</li> </ul>

	<p>( da PSR e La rete delle strutture residenziali socio-assistenziali. Dati anno 2011 - pubblicato febbraio 2013 - SISB Basilicata)</p>	<p>identificato nel PSR è di intensificare l'offerta di prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per Anziani, Disabili, per malattie Psichiatriche, per Cure Palliative ed Hospice.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il documento La rete delle strutture residenziali socio-assistenziali riporta che <i>, eroganti diverse tipologie di servizio, con livelli di assistenza sanitaria prevalentemente assenti o bassi e spesso con funzione socio-educativa o socio-sanitaria. Rispetto alla totalità di strutture presenti e attive nella Regione Basilicata, il 38,2% ha come target di utenza prevalente gli anziani, il 25,9% i minori, ed il 23,7% soggetti</i></li> </ul> <p><i>che si rivolgono agli anziani accolgono minori e basso per le strutture il cui target di utenza sono i soggetti con problemi di salute mentale o con dipendenze..."</i></p> <p>Il documento citato indica che le unità di offerta sono in 130 di cui 50 per anziani; i posti letto totali sono più di 2.800 di cui 1.510 per anziani.</p>
9	<p>Assistenza domiciliare ( da istat-censimento 2011, dati istat - adi 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'assistenza domiciliare in Basilicata è fornita dal 84,7 % dei comuni per i disabili e dal 78,6 % per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 82,7% e del 78,6 % del fabbisogno territoriale.</li> <li>Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 6.470 su un totale di popolazione anziana &gt;= di 65 anni pari 118.816 unità, coprendo pertanto il 5% della popolazione anziana.</li> <li>Il governo della rete dei servizi sanitari domiciliari è assicurato dal Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative, integrato nell'Unità operativa Assistenza domiciliare e residenzialità.</li> </ul>
10	<p>Digitalizzazione e tecnologie abilitanti (sito della Regione)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FSE: nel sito della Regione, Dipartimento Sanità è presente una sezione dedicata al Fascicolo Sanitario Elettronico che "rende disponibili, quando e dove necessario ai soggetti autorizzati, informazioni cliniche rilevanti su un individuo e consiste in una collezione di unità documentali. È offerto da ogni azienda sanitaria agli assistiti e costituisce un diritto del cittadino. Il Fascicolo costituisce uno dei cardini per la costruzione di un sistema compiuto di Sanità Elettronica e rappresenta un elemento imprescindibile per qualsiasi esperienza di Telemedicina" Nella sezione sono presenti PAQ e manuali per MMG.</li> <li>CUP: il CUP (Centro Unificato di Prenotazione) è a regime dal 2005, non è presente la possibilità di prenotare nelle strutture private;</li> <li>Referti on line: Il sistema informatico per la gestione dei referti on-line è stato prodotto dalla Regione Basilicata, Ufficio Società dell'Informazione (SISR). Il sistema è stato completato nel novembre del 2012 e da dicembre è stato installato e reso operativo presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo in fase test per i soli referti di laboratorio. La fase successiva, per l'Azienda Ospedaliera San Carlo, prevede l'estensione del sistema ad altre aree di refertazione digitale quali la diagnostica radiologica e quella cardiologica, mentre per le altre aziende si procederà all'attivazione man mano che saranno resi disponibili i referti digitali nell'ambito dei sistemi informatici delle singole realtà.</li> <li>Progetti Telemedicina/Teleassistenza. Giugno 2013- Avviato il progetto "Telesoccorso e Telemedicina -processi innovativi nei servizi alla persona" per rispondere all'esigenza di integrare e qualificare la rete dei servizi locali a disposizione dei</li> </ul>



		<p>soggetti più in difficoltà, in condizioni di limitata autonomia personale e a rischio sanitario”. “Il progetto si sviluppa attraverso due centrali operative, una a servizio dell’Alto Bradano, allocata nel a San Chirico Nuovo, e una a servizio del Vulture, allocata nel comune di Barile. I servizi che saranno erogati sono: servizio di telesoccorso che garantisca una copertura di 24 ore su 24 per 365 giorni l’anno; servizio di Telemedicina che garantisca le seguenti attività; esami cardiovascolari; telemonitoraggio delle patologie croniche; servizio di Telefono Amico, a supporto della fragilità delle persone anziane con un supporto sociale e di ascolto”.</p>
11	Armonizzazione (omogeneità)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativamente alla griglia di valutazione dell’adempimento di mantenimento dell’erogazione dei LEA tramite indicatori presentata nel Rapporto di monitoraggio 2011 dei LEA, la Regione Basilicata, con un punteggio pari a 167 (range -25 – 225), si colloca in una situazione “adempiente”.</li> <li>• Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 71, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82. La Regione viene considerata adempiente con impegno ad adottare con atto formale entro 60 giorni la scheda VAOR-ADI (nelle forme ritenute opportune) per l’inserimento dei pazienti anziani non autosufficienti nelle strutture residenziali e semiresidenziali.</li> </ul>
12	Empowerment del cittadino <i>(dal sito Università Bocconi - Osservatorio sul patient web empowerment, PSR)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient web empowerment indicator (PWEI ) in Emilia Romagna, riferito all’anno 2012, si attesta a: 3,59, secondo quanto indicato nell’ultimo rapporto .</li> <li>• Il PSR sottolinea l’importanza dell’empowerment del cittadino in quanto “<i>un paziente informato e consapevole, in grado di prendere in maniera autonoma le decisioni che riguardano la propria salute</i>”.</li> </ul>

Regione Calabria																																																					
Dati aggiornati al 30 novembre 2013																																																					
1	Popolazione e Territorio ( da sito istat-censimento 2011)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dato regionale</th> <th>Dato nazionale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numero Abitanti</td> <td>2'010'363</td> <td>10°</td> </tr> <tr> <td>% della popolazione italiana</td> <td>3,32%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Densità per Km<sup>2</sup></td> <td>133,30</td> <td>media 192,03</td> </tr> <tr> <td>Superficie</td> <td>15'081</td> <td>media 14.351 Km<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>n. province</td> <td>5</td> <td>112</td> </tr> <tr> <td>n. comuni</td> <td>409</td> <td>8.425</td> </tr> <tr> <td>% popolazione 0-14</td> <td>14,2%</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 65</td> <td>18,8 %</td> <td>20,3%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 85</td> <td>2,54%</td> <td>2,76%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza</td> <td>49%</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza anziani</td> <td>28%</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>numero componenti nucleo familiare</td> <td>2,58</td> <td>2,44</td> </tr> <tr> <td>% anziani soli</td> <td>29,29 %</td> <td>28,09%</td> </tr> <tr> <td>% famiglie +5 componenti</td> <td>6,11%</td> <td>4,34%</td> </tr> <tr> <td>reddito medio pro capite</td> <td>€ 14'230</td> <td>€ 19.660</td> </tr> <tr> <td>% persone con almeno una malattia cronica</td> <td>38,6 %</td> <td>38,6%</td> </tr> </tbody> </table>		Dato regionale	Dato nazionale	Numero Abitanti	2'010'363	10°	% della popolazione italiana	3,32%		Densità per Km <sup>2</sup>	133,30	media 192,03	Superficie	15'081	media 14.351 Km <sup>2</sup>	n. province	5	112	n. comuni	409	8.425	% popolazione 0-14	14,2%	14%	% popolazione over 65	18,8 %	20,3%	% popolazione over 85	2,54%	2,76%	% indice dipendenza	49%	52%	% indice dipendenza anziani	28%	31%	numero componenti nucleo familiare	2,58	2,44	% anziani soli	29,29 %	28,09%	% famiglie +5 componenti	6,11%	4,34%	reddito medio pro capite	€ 14'230	€ 19.660	% persone con almeno una malattia cronica	38,6 %	38,6%
			Dato regionale	Dato nazionale																																																	
		Numero Abitanti	2'010'363	10°																																																	
		% della popolazione italiana	3,32%																																																		
		Densità per Km <sup>2</sup>	133,30	media 192,03																																																	
		Superficie	15'081	media 14.351 Km <sup>2</sup>																																																	
		n. province	5	112																																																	
		n. comuni	409	8.425																																																	
		% popolazione 0-14	14,2%	14%																																																	
		% popolazione over 65	18,8 %	20,3%																																																	
		% popolazione over 85	2,54%	2,76%																																																	
		% indice dipendenza	49%	52%																																																	
		% indice dipendenza anziani	28%	31%																																																	
		numero componenti nucleo familiare	2,58	2,44																																																	
		% anziani soli	29,29 %	28,09%																																																	
% famiglie +5 componenti	6,11%	4,34%																																																			
reddito medio pro capite	€ 14'230	€ 19.660																																																			
% persone con almeno una malattia cronica	38,6 %	38,6%																																																			
2	Organizzazione regionale ( da sito della regione)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In regione Calabria è presente il Dipartimento di Tutela della Salute e Politiche Sanitarie articolato in 6 Settori; il Settore 3 Area LEA comprende 5 Servizi tra i quali il Servizio di Attività Territoriale di Prevenzione e Promozione della Salute ed il Servizio ed il Servizio Organizzazione rete pubblica e privata - Residenzialità</li> <li>• n. 5 Aziende Sanitarie Provinciali (ASP)</li> <li>• n. 27 Distretti sanitari</li> <li>• il bacino di utenti medio di ogni distretto è pari a 74'458, (la media nazionale è pari a 85.670)</li> <li>• la superficie di competenza del distretto è &lt;140 km<sup>2</sup> nel 2,9% , tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 31,4%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 45,7% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 20% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a km<sup>2</sup> 413, la regione ha quasi la metà dei Distretti con una superficie di competenza nella media nazionale.</li> </ul>																																																			
3	Piano Sanitario Regionale – Piano di Rientro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In Calabria l'ultimo Piano Sanitario approvato è quello del 2004-2006, successivamente è stato approvato, con Delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16.12.2009, il Piano di rientro ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla Regione Calabria con Delibera di Giunta Regionale n.585 del 10.09.2009 e Delibera di Giunta Regionale n.752 del 18.11.2009.</li> <li>• A partire dal 2010 sono quindi stati approvati, ogni anno, diversi Decreti del Presidente Giunta Regionale (nella qualità di Commissario ad acta) per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria.</li> </ul>																																																			
4	Spesa sanitaria e spending	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione con Piano di Rientro: Sì</li> </ul>																																																			

	review (Sito del Ministero della Salute e istat-censimento 2011 e da L. 135/2012 art. 15 comma 13 – Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica - Spending review)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: 1'746 €</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: 231,2€</li> <li>• Spesa sanitaria totale: 3'511 milioni di €</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 79,07€</li> </ul> <p>In ragione, dei disavanzi pregressi che non hanno trovato adeguata copertura, si sono realizzate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo</p> <p>Secondo quanto previsto dalla spending review in Calabria posti letto in totale da chiudere sono 645, è prevista infatti una riduzione di 1.000 p.l. (-15%) per acuti e un aumento di 355 p.l. (+ 4%) La media nazionale prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%.</p> <p>Al 1 gennaio 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posti letto per acuti: 6'327</li> <li>- Posti letto per post-acuti 902</li> <li>- Posti letto totali 7'229</li> </ul> <p>Dopo l'attuazione della spending review:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posti letto per acuti: 5'327</li> <li>• Posti letto per post-acuti 1'257</li> <li>• Posti letto totali: 6.584</li> </ul>
5	Indicatori di efficienza ( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 3,85%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 54,6%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 25,3%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 171,77</li> </ul>
6	Associazionismo Medico ( da istat-censimento 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 1'502</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1'121 ( media nazionale 1.133</li> <li>• n. PLS: 278</li> <li>• n. assistiti PLS: 809 (media nazionale 856,88)</li> </ul>
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute (sito regione Calabria – Sanità)	<p>Nel sito della Regione Calabria – Sanità informa e comunic@, una sezione è dedicata al tema della Casa della Salute, dove sono raccolti i documenti e gli atti emanati in materia. In particolare si citano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maggio 2012 – Costituzione del Tavolo di Partenariato Regionale per Progetto di sviluppo “Rete regionale delle Case della Salute”</li> <li>• Novembre 2012 - Modello organizzativo e percorso di attuazione delle Case della Salute, che riporta: “<i>Il Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale per il biennio 2012 -</i></li> </ul>

		<p><i>vita di tutti i cittadini. Tra gli interventi ritenuti essenziali per il superamento</i></p> <p><i>sede di HUB e la messa in sicurezza del complesso delle strutture ospedaliere regional</i></p> <p><i>Rete delle Case della Salute nel nuovo assetto del sistema sanitario calabrese”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Febbraio 2013 – Parere di Coerenza programmatica per la realizzazione della Casa della Salute di Scilla</li> <li>• Febbraio 2013 - Parere di Coerenza programmatica per la realizzazione delle Case della Salute di Chiaravalle, Siderno e Argentano.</li> <li>• D.p.g.r n.51 del 17 aprile 2013 si approva la creazione di una rete regionale sperimentale di Case della Salute.</li> </ul>
8	Cure Intermedie ( da Sito della regione Calabria)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il numero di Hospice è pari a 2.</li> <li>• Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 12 2010: 7’662</li> <li>• Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 12 2010 per ospiti anziani: 3’790</li> <li>• Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 12 2012 per ospiti anziani 4’835</li> </ul>
9	Assistenza domiciliare ( da istat-censimento 2011, dati istat – ADI 2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L’assistenza domiciliare in Calabria è fornita dal 17,8% dei comuni per i disabili e dal 36,2% per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 42,1% e del 53,3% del fabbisogno territoriale.</li> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 11.893 su un totale di popolazione anziana &gt;= di 65 anni pari 377.948 unità, coprendo pertanto il 3,1% della popolazione anziana, a di sotto della soglia prevista da parte del Ministero della Salute del 3,5%.</li> </ul>
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti (sito della Regione Calabria)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE approvato il d.p.g.r. n.178 del 30 ottobre 2012 “Manuale di Adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione Calabria”. Il fascicolo sanitario è stato presentato a luglio 2013.</li> <li>• CUP: attivo dal 2009, si occupa della prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dal servizio pubblico. Non compete al Centro Unico di Prenotazione gestire:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. le prestazioni e i ricoveri svolti in regime di urgenza/emergenza;</li> <li>2. le prestazioni oggetto di programmi di screening e gli esami chimico-clinici;</li> <li>3. i ricoveri programmati e gli interventi chirurgici programmati;</li> <li>4. le prestazioni specialistiche erogate dai servizi privati accreditati e convenzionati e contrattati.</li> </ol> </li> <li>• Refertazione: il servizio di refertazione on line risulta attivato.</li> <li>• Progetti Telemedicina/Teleassistenza: Nel sito della Regione Calabria – Sanità informa e comunic@, una sezione è dedicata al censimento dei progetti di Telemedicina effettuato nell’ambito del progetto POAT Salute 2011-2013. Nella sezione risultano censiti un totale di 25 progetti, di 4 Aziende Ospedaliere e di 4 Aziende Sanitarie Provinciali , (per il 90% riferiti all’area cardiologica) di cui 5 conclusi, 9 in progettazione, 11 in esercizio.</li> </ul>
11	Monitoraggio LEA (da Rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativamente alla griglia di valutazione dell’adempimento di mantenimento dell’erogazione dei LEA tramite indicatori presentata nel Rapporto di monitoraggio 2011 dei LEA, la Regione Calabria, con un punteggio pari a 128 (range -25 – 225), si colloca in una situazione “critica” con rinvio al piano di rientro.</li> <li>• Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 60, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82.</li> </ul>



12	Empowerment del cittadino <i>dal sito Università Bocconi - Osservatorio sul patient web empowerment; dal sito Agenas)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patient web empowerment indicator (PWEI ) in Emilia Romagna, riferito all'anno 2012, si attesta a: 1.14, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto .</li><li>• La Regione non partecipa al tavolo tecnico sull'empowerment che Agenas ha avviato da fine 2007, ha inviato la scheda sul progetto DAMA Disabled Advanced Medical A  ai pazienti con handicap.; i principali destinatari sono persone diversamente abili e le loro famiglie.</li></ul>
----	--	---

Regione Campania Dati aggiornati al 30 novembre 2013																																																					
1	Popolazione e Territorio ( da sito istat-censimento 2011)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dato regionale</th> <th>Dato nazionale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numero Abitanti</td> <td>5.829.359</td> <td>2°</td> </tr> <tr> <td>% della popolazione italiana</td> <td>9,64%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Densità per Kmq</td> <td>428,94</td> <td>media 192,03</td> </tr> <tr> <td>Superficie</td> <td>13.590 Kmq</td> <td>media 14.351 Kmq</td> </tr> <tr> <td>n. province</td> <td>5</td> <td>112</td> </tr> <tr> <td>n. comuni</td> <td>551</td> <td>8.425</td> </tr> <tr> <td>% popolazione 0-14</td> <td>16,4%</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 65</td> <td>16,1%</td> <td>20,3%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 85</td> <td>1,91%</td> <td>2,76%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza</td> <td>48%</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza anziani</td> <td>24%</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>numero componenti nucleo familiare</td> <td>2,79</td> <td>2,44</td> </tr> <tr> <td>% anziani soli</td> <td>25,83%</td> <td>28,09%</td> </tr> <tr> <td>% famiglie +5 componenti</td> <td>11,03%</td> <td>4,34%</td> </tr> <tr> <td>reddito medio pro capite</td> <td>€ 16.360</td> <td>€ 19.660</td> </tr> <tr> <td>% persone con almeno una malattia cronica</td> <td>35,8%</td> <td>38,6%</td> </tr> </tbody> </table>		Dato regionale	Dato nazionale	Numero Abitanti	5.829.359	2°	% della popolazione italiana	9,64%		Densità per Kmq	428,94	media 192,03	Superficie	13.590 Kmq	media 14.351 Kmq	n. province	5	112	n. comuni	551	8.425	% popolazione 0-14	16,4%	14%	% popolazione over 65	16,1%	20,3%	% popolazione over 85	1,91%	2,76%	% indice dipendenza	48%	52%	% indice dipendenza anziani	24%	31%	numero componenti nucleo familiare	2,79	2,44	% anziani soli	25,83%	28,09%	% famiglie +5 componenti	11,03%	4,34%	reddito medio pro capite	€ 16.360	€ 19.660	% persone con almeno una malattia cronica	35,8%	38,6%
			Dato regionale	Dato nazionale																																																	
		Numero Abitanti	5.829.359	2°																																																	
		% della popolazione italiana	9,64%																																																		
		Densità per Kmq	428,94	media 192,03																																																	
		Superficie	13.590 Kmq	media 14.351 Kmq																																																	
		n. province	5	112																																																	
		n. comuni	551	8.425																																																	
		% popolazione 0-14	16,4%	14%																																																	
		% popolazione over 65	16,1%	20,3%																																																	
		% popolazione over 85	1,91%	2,76%																																																	
		% indice dipendenza	48%	52%																																																	
		% indice dipendenza anziani	24%	31%																																																	
		numero componenti nucleo familiare	2,79	2,44																																																	
% anziani soli	25,83%	28,09%																																																			
% famiglie +5 componenti	11,03%	4,34%																																																			
reddito medio pro capite	€ 16.360	€ 19.660																																																			
% persone con almeno una malattia cronica	35,8%	38,6%																																																			
2	Organizzazione regionale ( da siti ufficiali e quaderni di monitor 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il Presidente della Regione è il Commissario in quanto la regione è in Piano di Rientro.</li> <li>• La Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale ha le seguenti competenze: l'organizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali; il coordinamento, la programmazione e pianificazione degli interventi socio-sanitari ne  socio-sanitari.</li> <li>• n. 7 ASL</li> <li>• n. 72 Distretti sanitari:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 80.963 abitanti vs 85.670, (la media nazionale è pari a 85.670)</li> <li>○ la superficie di competenza media del distretto è pari a 188 km2 vs 426 km2 con una distribuzione pari a &lt;140 km2 nel 67,6% , tra 140 e 349 km2 nel 6,0%, tra 350 e 599 km2 nel 17,6% e &gt;600 km2 nel 8,8% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a kmq 413, la regione ha quasi il 70% dei Distretti con una superficie di competenza minore della media nazionale (circa un terzo).</li> </ul> </li> </ul>																																																			
3	Piano Sanitario Regionale ( da PSR e decreti regionali)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il Piano Sanitario ultimo approvato copre il triennio 2011-2013. Nel decreto n.82 del 05/07/13 sono stati riportati i Programmi Operativi 2013 – 2015 in prosieguo del Piano di Rientro in cui sono riportate le azioni che di riconversione da attuare nel prossimo triennio.</li> </ul>																																																			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La regione Campania intende attivare forme organizzative complesse di assistenza primaria per l'assistenza territoriale h24 quali: il presidio ambulatoriale distrettuale, il presidio ambulatoriale territoriale integrato e le strutture polifunzionali per la salute (SPS). Queste azioni sono oggetto dell'accordo integrativo regionale con MMG e PLS stipulato il 03/08/13:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Il presidio ambulatoriale distrettuale: Si tratta di ambulatori distrettuali gestiti dai Medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale per effettuazione di visite e prestazioni sanitarie , a cui accedono tutti i cittadini compresi i non residenti. L'accesso può avvenire anche da parte del Pronto soccorso dopo triage. Sono collocati in aree distanti da presidi ospedalieri, presso aree ad alta densità abitativa e/o aree di interesse turistico e devono essere almeno uno per distretto sanitario.</i></li> <li>- <i>Il presidio ambulatoriale territoriale Integrato: È lo sviluppo di una collaborazione fra più professionisti che rende possibile lo scambio di opinioni e pareri clinici, la condivisione di spazi e attrezzature e la garanzia di una copertura oraria h 24. Possono erogare e garantire: visite ambulatoriali comunemente svolte dai MMG, dai PLS e dagli specialisti ambulatoriali interni, analisi diagnostiche di primo livello, consulenze specialistiche, prestazioni infermieristiche e prestazioni di primo soccorso.</i></li> <li>- <i>Le SPS (Strutture Polifunzionali per la Salute) si identificano con una sede fisica e rappresentano un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute ed il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati. Nell'ambito delle SPS possono essere pertanto allocati: ambulatori di prime cure e per le piccole urgenze aperti nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale, la sede del coordinamento delle attività comuni a tutti i medici di famiglia, la sede della attività di continuità assistenziale, la sede delle attività di PSAUT ,ambulatori infermieristici, ambulatori medici specialistici, ambulatori di radiologia e laboratori di analisi, la sede del coordinamento delle cure domiciliari, le strutture di degenza territoriale (Ospedale di Comunità, Residenza Sanitaria, Centro dei disturbi alimentari, hospice, ecc.) e i servizi socio-sanitari che possono essere variamente rappresentati dei diversi bisogni dalle comunità in funzione dei vincoli di programmazione.”</i></li> </ul> </li> <li>• La stima dei posti letto in strutture intermedie da riconvertire e/o attivare in Regione Campania è stata esplicitata nel decreto n. 82 del 05/07/13, ma potrà essere rimodulata sulla base di eventuali nuovi fabbisogni derivanti dai diversi setting assistenziali.</li> <li>• Posti letto per le RSA per disabili non autosufficienti: è stato stimato un fabbisogno di posti letto complessivamente pari a 0,55%. I posti letto da attivare entro il 2016 per questa tipologia di strutture sono 266.</li> <li>• Per le strutture extraospedaliere per cittadini adulti/anziani non autosufficienti: è stato stimato un fabbisogno di posti letto pari al 10 per mille calcolato sulla popolazione anziana ultra65enne. I posti letto da attivare entro il 2016 per questa tipologia di strutture sono 7051 di cui 5.218 in regime residenziale e 1.833 in regime semiresidenziale.</li> <li>• I posti letto da attivare entro il 2016 in Hospice sono 124 che si aggiungono ai 284 attivi nelle strutture pubbliche e private già attive.</li> <li>• Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare il decreto n. 82 del 05/07/13 afferma che <i>“si attende nel triennio 2013-2015 un incremento numerico e qualitativo delle cure domiciliari e soprattutto un'equa ed uniforme distribuzione sul territorio regionale delle prestazioni per tutte le tipologie di utenti richiedenti”</i>. Lo standard previsto dal Ministero della Salute nell'ambito degli adempimenti LEA è <math>\geq 4\%</math> degli ultrasessantacinquenni, e <math>\geq 8\%</math> degli ultrasessantacinquenni. Secondo la regione Campania questi standard dovranno essere conseguiti dai singoli direttori generali delle ASL entro fine 2015.</li> </ul>
--	--	--



4	Spesa sanitaria e spending review  <i>(Sito del Ministero della Salute e Istat-censimento 2011 e da L. 135/2012 art. 15 comma 13 – Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica - Spending review)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione con Piano di Rientro: SI</li> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: 1751 €</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: 232 €</li> <li>• Spesa sanitaria totale: 10.216 milioni di €</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 54,97€</li>   <li>• Secondo quanto previsto dalla spending review in Campania, i posti letto per acuzie da chiudere sono 1.710 mentre i posti letto per pazienti post-acute dovranno aumentare di 1.875 unità., con una variazione percentuale rispettivamente del -10% e del +111%, rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%. I posti letto dopo gli interventi:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- posti letto acuti 15.253</li> <li>- posti letto post acuti 3.559</li> <li>- totale posti letto 18.812</li> </ul> </li> </ul>
5	Indicatori di efficienza <i>( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 2,77%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 72,96%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 40,58%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 195,78</li> </ul>
6	Associazionismo Medico <i>( da Istat-censimento 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 4.334</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1.132</li> <li>• n. PLS: 813</li> <li>• n. assistiti PLS: 927</li> <li>• associazionismo: dalla relazione trasmessa dalla Regione al Ministero della Salute ai fini del monitoraggio del Piano di Rientro si evince che attualmente nella Regione il 14% dei MMG è impegnato in associazioni semplici, il 43,6 % in medicina in rete ed il 21.6% in medicina di gruppo. Tali forme associative sono in fase di evoluzione verso forme organizzative più complesse rappresentate dal Presidio Ambulatoriale Distrettuale (PAD) ed il Presidio Ambulatoriale Territoriale (PAT). Relativamente ai modelli organizzativi individuati, il piano di riorganizzazione della rete territoriale prevede lo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) per le quali però non vengono forniti dati sullo stato di attuazione.</li> </ul>
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute <i>(decreti regionali)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dal decreto n.85 del 05/07/13 le strutture ospedaliere che sono state riconvertite in SPS risultano essere 7: PO Bisaccia di Avellino; PO Cerreto Sannita, PO San Giovanni di Dio Sant’ Agata dei Goti, PO San Bartolomeo in Galdo di Benevento; PO Teano, PO Palasciano di Capua di Caserta; P.S.I. Loreto Crispi di Napoli.</li> </ul>
8	Cure intermedie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I posti letto in Hospice già attivi nelle strutture pubbliche e private sono 284. Secondo il più recente rapporto Istat i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi il 31 dicembre 2010 dispongono complessivamente di 15.550 posti letto di cui 8.704 per un target anziano.</li> </ul>
9	Assistenza Domiciliare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza domiciliare in Campania è fornita dal 71,7% dei comuni per i disabili e dal 73,5% per gli anziani, dando così una</li> </ul>

	<i>( da istat-censimento 2011, dati istat – adi 2012)</i>	<p>copertura rispettivamente del 59,5% e del 64% del fabbisogno territoriale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 26.709 su un totale di popolazione anziana &gt;= di 65 anni pari 938.527 unità, coprendo pertanto il 2,8% della popolazione anziana, percentuale che non raggiunge il target minimo richiesto dal Ministero della Salute del 3,5%.</li> </ul>
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti <i>( da siti ASL)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CUP: in regione Campania ogni Asl ha organizzato il suo servizio CUP, e le visite possono essere prenotate via numero verde, presso le farmacie abilitate e in alcuni casi presso le parrocchie, oltre che recandosi di persona allo sportello dedicato. Per la ASL di Benevento esiste anche un Cup Web a cui possono accedere solo MMG e PLS.</li> <li>• Referti on line: al momento solo alcuni laboratori, principalmente privati, permettono di consultare i referti di analisi e esami on line.</li> <li>• Ricette elettroniche: la prima ricetta elettronica in Campania è stata spedita martedì 12 marzo 2013.</li> <li>• FSE: il DGR 606/2012 recepisce l'adozione delle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. A fine del 2012 risultava attiva una sperimentazione in Campania riguardo l'attuazione di questa tecnologia.</li> <li>• Progetti Telemedicina: E' stata presentata il giorno 16 luglio 2013 in Consiglio regionale una proposta di legge per l'istituzione del Servizio di telemedicina, per le patologie croniche gravi e per le disabilità nel Servizio sanitario regionale della Campania. La proposta di legge propone, tra l'altro un'assistenza telematica al paziente attraverso il controllo domiciliare a distanza, la trasmissione, in tempo reale, di informazioni di carattere diagnostico terapeutico, il monitoraggio costante del paziente, attraverso un apparato di telemedicina in grado di rilevare, gestire e archiviare i parametri biomedici dei pazienti.</li> </ul>
11	Monitoraggio LEA <i>(da Rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori presentata nel Rapporto di monitoraggio 2011 dei LEA, la Regione Campania, con un punteggio pari a 101 (range -25 – 225), si colloca in una situazione "critica".</li> <li>• Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 82, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82, pertanto completamente adempiente.</li> </ul>
12	Empowerment del cittadino <i>(dal sito Università Bocconi - Osservatorio sul patient web empowerment; dal sito Agenas, sito Asl Napoli 3)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient web empowerment indicator (PWEI ) in Campania, riferito all'anno 2012, si attesta a: 1,56, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto.</li> <li>• La Regione partecipa al tavolo tecnico sull'empowerment che Agenas ha avviato da fine 2007. Il gruppo di lavoro è attualmente costituito da 11 Regioni (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Toscana, provincia autonoma di Trento, Veneto) e finora ha condiviso obiettivi di lavoro, modelli teorici e strumenti operativi. Dal database aggiornato al 2012 non risultano progettualità della Regione Emilia-Romagna</li> <li>• L'Asl Napoli 3 Sud ha aderito al progetto proposto dalla cooperativa Nuova Sair per il sostegno alle famiglie di pazienti con malattia di alzheimer. I beneficiari del progetto "Cafè in Care" sono i familiari dei malati in carico all'Asl Napoli 3 Sud che potranno partecipare ad una serie di incontri d'informazione e formazione.</li> </ul>

Regione Emilia-Romagna						
Dati aggiornati al 30 novembre 2013						
1	Popolazione e Territorio <i>(da sito istat-censimento 2011)</i>			Dato regionale	Dato nazionale	
				Numero Abitanti	4.413.994	7°
				% della popolazione italiana	7,30%	
				Densità per Km <sup>2</sup>	196,6	media 192,03
				Superficie	22.456 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>
				n. province	9	112
				n. comuni	348	8.425
				% popolazione 0-14	13,3%	14%
				% popolazione over 65	22,3%	20,3%
				% popolazione over 85	3,49%	2,76%
				% indice dipendenza	55%	52%
				% indice dipendenza anziani	35%	31%
				numero componenti nucleo familiare	2,3	2,44
				% anziani soli	27,34%	28,09%
				% famiglie +5 componenti	3,47%	4,34%
				reddito medio pro capite	21.180€	€ 19.660
				% persone con almeno una malattia cronica	40%	38,6%
2	Organizzazione regionale <i>(Sito regione)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In regione Emilia-Romagna sono presenti l'assessore alle politiche per la salute e l'assessore per le politiche sociali. Entrambi gli assessori si interfacciano con la direzione generale della sanità e delle politiche sociali. All'interno di questa direzione sono presenti il servizio di assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, il servizio di innovazione e sviluppo ICT e tecnologie sanitarie, il servizio di integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza.</li> <li>• n. 3 Aree Vaste</li> <li>• n. 11 Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL)</li> <li>• n. 38 Distretti:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 116.158 abitanti (la media nazionale è pari a 85.670).</li> <li>○ la superficie di competenza del distretto è &lt;140 km<sup>2</sup> nel 0%, tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 30,6%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 30,6% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 38,8% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a km<sup>2</sup></li> </ul> </li> </ul>				

		<p>413, la regione ha più del 40% dei Distretti con una superficie di competenza maggiore della media nazionale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In Romagna è in atto un processo per la costruzione di una AUSL che accorpi le attuali AUSL di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini. Le motivazioni di questa operazione sarebbero la necessità di contenere i costi da un lato, garantendo dall'altro il livello di prestazioni fornite agli utenti. Il progetto di Ausl Unica di Romagna è stato già approvato dalla conferenza territoriale sociale sanitaria di Cesena e dovrebbe essere attiva dal 1° gennaio 2014.</li> </ul>
3	Piano Sanitario Regionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il Piano sociale e sanitario 2008-2010, ultimo approvato, ha come obiettivo la creazione di un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare di comunità locale e regionale in grado di rispondere a bisogni complessi.</li> <li>Nel giugno del 2013 è stata prorogata la validità del Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 e son state approvate dall'Assemblea legislativa regionale le indicazioni attuative per il biennio 2013-2014 del 1° Piano sociale e sanitario dell'Emilia-Romagna (delibera di Giunta regionale n. 284/2013) che nell'assistenza primaria intendono <i>“promuovere attivamente, con il coinvolgimento di tutti i professionisti del sanitario e del sociale, la transizione da un modello organizzativo caratterizzato da professionisti abituati a lavorare in maniera sostanzialmente autonoma ad un modello di medicina del territorio caratterizzato da modalità assistenziali integrate improntate ad alcuni principi:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- Approccio interdisciplinare ai problemi di salute sia acuti che cronici</i></li> <li><i>- Sviluppo di strumenti per il monitoraggio delle persone fragili e la loro presa in carico</i></li> <li><i>- Gestione pro-attiva delle patologie croniche e della fragilità sanitaria</i></li> <li><i>- Focalizzazione sulle cure domiciliari con particolare riguardo all'assistenza ai malati terminali</i></li> <li><i>- Forte attenzione all'uso appropriato delle risorse</i></li> <li><i>- Coinvolgimento delle comunità nell'individuazione dei bisogni e delle priorità, attivando momenti di confronto finalizzati allo sviluppo di empowerment individuale e di comunità, valorizzando e sostenendo il ruolo dei caregivers..</i></li> </ul> <p><i>.....A tal fine il modello “casa della salute” - come luogo di pratica interdisciplinare e interprofessionale, dove i cittadini possono trovare risposta alla loro domanda di salute, attraverso l'accesso a servizi sanitari di primo livello, medico ed infermieristico, la disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali a bassa sofisticazione tecnologica e l'accesso a prestazioni specialistiche di secondo livello - è un modello che va adeguatamente implementato, anche ripensando la programmazione territoriale alla luce della riorganizzazione prevista per la rete ospedaliera, in modo integrato con la rete dei servizi sociosanitari, anche al fine di assicurare equità di accesso ai servizi (DGR 291/2010). La riorganizzazione dell'assistenza primaria, all'interno delle case della salute, necessita di una ridefinizione dei ruoli e responsabilità professionali nonché di un attento monitoraggio sui processi di integrazione territoriale di queste nuove strutture. Come per l'assistenza ospedaliera, si tratta di diversificare la produzione, descrivendo percorsi e ambiti assistenziali ove, contemporaneamente alla promozione dell'integrazione interdisciplinare, vanno identificate responsabilità e compiti che valorizzino gli apporti di tutti gli operatori del sanitario e del sociale.”</i></p> </li> </ul>
4	Spesa sanitaria e spending review  (Sito del Ministero della	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regione con Piano di Rientro: NO</li> <li>Per l'anno 2013 il pareggio di bilancio richiede misure capaci di ridurre i costi per un valore pari a circa 260 milioni di euro.</li> <li>Spesa Sanitaria pro capite: € 1.828</li> </ul>

	<i>Salute e istat-censimento 2011 e da L. 135/2012 art. 15 comma 13 – Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica - Spending review)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Spesa lorda pro capite per farmaci: € 170,2</li> <li>● Spesa sanitaria totale: € 8.126 milioni</li> <li>● Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: € 105</li> </ul> <p>L'assistenza distrettuale rappresenta il livello assistenziale che assorbe la percentuale più rilevante delle risorse: il 53,87% del totale, un dato che conferma il continuo impegno per il potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare. Di questa somma solo l'1,59% della spesa è dovuta ad assistenza integrativa e protesica e il 12,16% ad assistenza farmaceutica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Secondo quanto previsto dalla spending review l'Emilia Romagna è la regione con più posti letto per adeguarsi agli standard proposti.</li> <li>● I posti letto in totale da chiudere sono 2.543, di cui 2.007 per acuti e 536 per post-acuti, con una diminuzione rispetto alla situazione di partenza rispettivamente del -12% e -14% rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%. Posti letto dopo tali interventi:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- acuti 14.666</li> <li>- post acuti 3.422</li> <li>- totale posti letto 18.088</li> </ul> </li> </ul>
5	Indicatori di efficienza ( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 3,65%</li> <li>● Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 38,59%</li> <li>● Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 25,17%</li> <li>● Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 175,05</li> </ul>
6	Associazionismo Medico ( da istat-censimento 2011, sito Saluter)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. MMG: 3.200</li> <li>● n. assistiti per MMG : 1.180 ( media nazionale 1.133)</li> <li>● n. PLS: 583</li> <li>● n. assistiti PLS: 810 (media nazionale 856,88)</li> <li>● associazionismo: i MMG sono stati suddivisi in 216 aggregazioni obbligatorie (NCP)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nella regione Emilia-Romagna sono presenti, a partire dal 2006, i Nuclei di Cure Primarie (Ncp) che rappresentano le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie: sono formati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta.</li> <li>● Ai Nuclei afferiscono inoltre gli specialisti territoriali, infermieri, ostetriche e operatori socio-assistenziali, permettendo, quindi, di perseguire obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali e governo clinico attraverso linee guida, audit clinico e formazione specifica.</li> <li>● Lo sviluppo attuativo all'Accordo regionale del 2006 sui Ncp nelle 11 Ausl regionali ha portato all'attuale realizzazione, su base geografica nei complessivi 38 distretti regionali, di 216 Ncp.</li> <li>● Ogni Nucleo è costituito in media da 15 MMG con una popolazione di assistiti pari a circa 17.800 persone, anche se nelle zone</li> </ul>

		appenniniche le caratteristiche del territorio fanno sì che il numero dei MMG sia molto ridotto.
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute ( <i>da sito Saluter</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Ottobre 2013 le Case della Salute attive sono 62 e 74 in fase di programmazione per un totale di 138 su tutto il territorio Emiliano.</li> <li>• La Casa della salute è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie ma nel quale si realizza l'integrazione anche dei Dipartimenti di Salute Mentale e Sanità Pubblica.</li> <li>• Secondo quanto indicato nelle linee le indicazioni attuative per il biennio 2013-2014 <i>“le strutture attive erogano più frequentemente funzioni di accoglienza, valutazione del bisogno, orientamento ai servizi, assistenza primaria erogata dai Nuclei di Cure Primarie, continuità assistenziale per urgenze ambulatoriali e gestione integrata delle patologie croniche a più alta prevalenza (Diabete, Scompenso Cardiaco, BPCO). In alcune Case della Salute sono già disponibili servizi di presa in carico per prestazioni specialistiche di livello più complesso (es. radiodiagnostica, dialisi e riabilitazione). .....Punto chiave per l'assistenza proattiva alla cronicità all'interno delle case della salute, diventano gli ambulatori a gestione infermieristica nei quali realizzare programmi di medicina di iniziativa secondo il modello del Chronic Care Model (presa in carico proattiva dei pazienti anche attraverso recall e follow-up telefonico di pazienti inseriti in appositi registri di patologia, counselling infermieristico ambulatoriale, case management domiciliare per patologie complesse e teleconsulto....), con l'attivazione di percorsi definiti e individuati di integrazione con l'ambito ospedaliero, anche mediante lo sviluppo delle tecnologie informatiche: FSE, Patient summary, ecc.</i></li> </ul>
8	Cure Intermedie ( <i>da sito Saluter e altri documenti di programmazione sanitaria regionale</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Regione Emilia-Romagna è stata la prima in Italia ad attivare gli Ospedali di Comunità a Premilcuore (1995) e Modigliana (1996), chiamandoli però Country Hospital. La struttura residenziale afferisce alla responsabilità del Dipartimento Cure Primarie mentre la responsabilità clinica dei pazienti è dei Medici di Medicina Generale (MMG). Il paziente è seguito, durante l'iter clinico, dal proprio Medico di famiglia che garantisce, mediante accessi programmati secondo le necessità del paziente, la diagnosi e la cura di patologie che afferiscono all'area della medicina generale. La durata della degenza non supera, di norma, i 20 giorni e la permanenza è a carico del Servizio Sanitario Nazionale, senza partecipazione alla spesa da parte dell'assistito. Le strutture attive al 2008 risultano essere 8, ma attraverso la consultazione dei siti internet delle Asl gli ospedali di comunità attivi risultano essere 5 (2 a Forlì, 1 a Ferrara e 2 afferenti alla Ausl di Cesena).</li> <li>• Sono 29.433 i posti residenziali e semiresidenziali per anziani, persone con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche. Dal focus sugli anziani si evince che le strutture residenziali dedicate (il 74,8%) hanno ricoverato 25.745 persone, quelle semiresidenziali (il 36,5% del totale) 4.754 persone.</li> <li>• In Emilia Romagna gli hospice attivi sono 20 per 248 posti letto, secondo i piani sanitari gli hospice attivi a fine 2010 dovevano essere 28 per un totale di 288 p.l., raggiungendo una copertura dello 0.66 (pl/10.000 residenti). Le Aziende sanitarie nel cui territorio si concentra il maggior numero di posti letto sono Bologna (43) e Parma (41). Più che raddoppiata in tre anni la disponibilità di posti letto nel territorio di Piacenza (da 10 nel 2009 a 25 nel 2011). L'Emilia-Romagna, il Veneto, il Piemonte e la Toscana sono le regioni che, pur avendo ancora una prevalenza di hospice pubblici (11 in Emilia-Romagna, 10 in Veneto, 9 in Toscana e 6 in Piemonte), nel periodo dal 2006 al 2009 hanno avuto il maggior incremento di hospice a gestione mista pubblico-Terzo Settore: in tali regioni sono infatti situati ben 15 dei 28 hospice a gestione mista risultati attivi in Italia a giugno 2009 (4 in Emilia-Romagna, 5 in Veneto, 3 in Piemonte e 3 in Toscana). Nelle stesse regioni si segnalano inoltre 7 hospice gestiti totalmente da organizzazioni del Terzo Settore (3 in Emilia-Romagna, 2 Veneto e 2 in Piemonte), ad ulteriore conferma del ruolo assolutamente primario svolto in queste regioni dalle organizzazioni non profit nell'ambito delle cure</li> </ul>



		<p>palliative residenziali. Sono equamente distribuiti tra strutture autonome e strutture ospedaliere.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondo il più recente rapporto Istat i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi il 31 dicembre 2010 dispongono complessivamente di 43.164 posti letto di cui 29.798 per un target anziano.</li> </ul>
9	Assistenza domiciliare <i>( da istat-censimento 2011, dati istat – adi 2012)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza domiciliare in Emilia-Romagna è fornita dal 70,7% dei comuni per i disabili e dal 88,3% per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 64,3% e del 86,3% del fabbisogno territoriale.</li> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 118.279 su un totale di popolazione anziana &gt;= di 65 anni pari 984.321 unità, coprendo pertanto il 12% della popolazione anziana., la percentuale più elevata a livello nazionale.</li> </ul>
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti <i>( da sito SOLE, Saluter, report telemedicina istud e rapporto Innovazione nell'Italia delle Regioni 2012 – CISIS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Regione Emilia – Romagna ha implementato la rete Sole (Sanità on line) che collega i medici e pediatri di famiglia con le strutture sanitarie ed ospedaliere della Regione Emilia-Romagna che permette:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'invio della prescrizione elettronica di visite ed esami specialistici dai medici e pediatri di famiglia o dai medici prescrittori ospedalieri (quest'ultima funzionalità è attiva solo in alcune Aziende sanitarie) ai punti di erogazione e il ritorno automatico del referto specialistico e diagnostico agli stessi medici di famiglia (nella cartella clinica dell'assistito),</li> <li>- la notifica delle variazioni anagrafiche e delle esenzioni da parte dell'Azienda Usl ai medici e pediatri di famiglia che hanno in carico gli assistiti,</li> <li>- le notifiche di ricovero e dimissione del paziente ricoverato, previo suo consenso, dall'ospedale al medico e pediatra di famiglia,</li> <li>- il referto di pronto soccorso, previo consenso dell'assistito, dall'ospedale al medico o pediatra di famiglia,</li> <li>- le vaccinazioni effettuate dai servizi vaccinali, dalle pediatrie di comunità, dal medico e dal pediatra di famiglia.</li> </ul> </li> <li>• Cup: le prenotazioni possono essere fatte allo sportello, in farmacia, con il call center, con CUPWeb. Il CUP WEB è il sistema di prenotazione online delle prestazioni specialistiche (visite ed esami) della Regione Emilia-Romagna dove l'utente può:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- prenotare le prestazioni sanitarie definite da ciascuna azienda sanitaria</li> <li>- annullare uno o più appuntamenti prenotati tramite CUP WEB o sportello CUP/farmacia</li> <li>- cambiare uno o più appuntamenti prenotati tramite CUP WEB o sportello CUP/farmacia</li> <li>- pagare una prenotazione attraverso il portale regionale del Pagamento On Line</li> <li>- visualizzare gli appuntamenti prenotati presso una azienda sanitaria</li> <li>- ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata</li> </ul> </li> <li>• Referti on line: la rete SOLE permette l'invio della prescrizione elettronica di visite ed esami specialistici dai medici e pediatri di famiglia o dai medici prescrittori ospedalieri (quest'ultima funzionalità è attiva solo in alcune Aziende sanitarie) ai punti di erogazione e il ritorno automatico del referto specialistico e diagnostico agli stessi medici di famiglia (nella cartella clinica dell'assistito).</li> <li>• Ricette elettroniche: sarà attivata da fine novembre 2013., a Rimini e Cesena, la sperimentazione, prima a livello nazionale, di emissione di ricette elettroniche per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. In questa prima fase rimarranno infatti escluse le prescrizioni farmaceutiche, per le quali la sperimentazione inizierà nel 2014. Questa prima fase di sperimentazione mira al superamento graduale della documentazione cartacea interna, in modo che sia più facilmente reperibile dagli operatori, e soprattutto al risparmio economico per il Servizio Sanitario Regionale, derivante dalla ridotta emissione e gestione dei ricettari</li> </ul>



		<p>rossi, in linea con la semplificazione degli accessi ai servizi sanitari da parte dei cittadini. Al cittadino sarà consegnato un promemoria che sarà disponibile in formato digitale anche sul Fascicolo Sanitario Elettronico dei cittadini che l'hanno già attivato.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE: La rete SOLE rende possibile la raccolta dei documenti sanitari personali di ogni assistito, consentendo di costruire, per chi lo desidera e fornisce il consenso formale, il Fascicolo Sanitario Elettronico personale, consultabile on line in forma protetta e riservata; da novembre 2013 sarà attiva una campagna per sensibilizzare l'attivazione da parte dei cittadini dei Fascicoli Sanitari Elettronici.</li> <li>• Progetti telemedicina: secondo l'Osservatorio Nazionale per la valutazione ed il monitoraggio delle reti e-care, (che risulta aggiornato fino alla metà del 2012) l'Emilia Romagna è la regione italiana con più alta densità di progetti di telemedicina.</li> </ul>
11	Monitoraggio LEA <i>(da Rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori presentata nel Rapporto di monitoraggio 2011 dei LEA, la Regione Emilia Romagna, con un punteggio pari a 213 (range -25 – 225), si colloca in una situazione "adempiente".</li> <li>• Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 73, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82.</li> </ul>
12	Empowerment del cittadino <i>(dal sito Università Bocconi - Osservatorio sul patient web empowerment; dal sito Agenas, ausl parma e saluter)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient web empowerment indicator (PWEI) in Emilia Romagna, riferito all'anno 2012, si attesta a: 3.61, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto .</li> <li>• La Regione partecipa al tavolo tecnico sull'empowerment che Agenas ha avviato da fine 2007. Il gruppo di lavoro è attualmente costituito da 11 Regioni (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Toscana, provincia autonoma di Trento, Veneto) e finora ha condiviso obiettivi di lavoro, modelli teorici e strumenti operativi. Dal database aggiornato al 2012 non risultano progettualità della Regione Emilia-Romagna.</li> <li>• Progetto: "Il tè del giovedì". Continua per il terzo anno consecutivo la rassegna "Il tè del giovedì", iniziativa, nata nel 2011 a San Secondo, per dare utili informazioni, educare alla prevenzione e alla tutela della salute, implementare il clima di fiducia tra professionisti sanitari e cittadini. Realizzata dall'Azienda USL Parma, Nucleo Cure Primarie di San Secondo, l'iniziativa è proposta ogni ultimo giovedì del mese, alle 17, nella biblioteca del complesso sanitario; negli incontri mensili con i cittadini vengono affrontati i temi delle risorse sanitarie a disposizione del cittadino, le modalità di fruizione dei servizi, la corretta modalità di erogazione e "i consigli degli esperti" comunicati, messi a disposizione e spiegati sulla base delle richieste stesse dei fruitori dei servizi.</li> <li>• Il Documento Programmatico "Guadagnare Salute" (DPCM maggio 2007) attribuisce al Servizio sanitario le funzioni di Advocacy sanitaria, ossia di ispiratore e promotore di politiche e regolamentazioni sia nell'ambito del Servizio sanitario stesso che di altri settori che intervengono in modo significativo sull'attività fisica svolta dalle persone (scuola, mobilità e trasporti, urbanistica, sport e tempo libero, comunicazioni e mass media, ...), oltre che di attivatore di iniziative locali di promozione della salute, in particolare di stili di vita attivi. Per rendere possibile al Servizio sanitario un'azione di lobbying efficace è stato pensato il Progetto "Piano di Comunicazione ai decisori dei contenuti di salute di una vita attiva" ,condotto dalla Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con le Regioni Piemonte e Veneto, il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna e la Società Editoriale Zadig. ComunicAzioni ha sviluppato e sperimentato una serie di strumenti di comunicazione per accrescere nei decisori dei settori chiave la percezione del Rischio Sedentarietà e per promuovere e facilitare quelle azioni semplici ed efficaci alla portata di ogni amministrazione pubblica. Il progetto è stato presentato ad ottobre 2013.</li> </ul>

Regione Friuli Venezia Giulia				
Dati aggiornati al 30 novembre 2013				
1	Popolazione e Territorio <i>(da sito istat-censimento 2011)</i>		Dato regionale	Dato nazionale
		Numero Abitanti	1'234'944	15°
		% della popolazione italiana	2,04%	-
		Densità per Km <sup>2</sup>	156,6	192,03
		Superficie	7885 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>
		n. province	4	112
		n. comuni	218	8.425
		% popolazione 0-14	13,3%	14%
		% popolazione over 65	23,4%	20,3%
		% popolazione over 85	3,57%	2,76%
		% indice dipendenza	56%	52%
		% indice dipendenza anziani	37%	31%
		numero componenti nucleo familiare	2,25	2,44
		% anziani soli	35,3%	28,09%
		% famiglie +5 componenti	2,75%	4,34%
		reddito medio pro capite	20.270€	€ 19.660
% persone con almeno una malattia cronica	35,3%	38,6%		
2	Organizzazione regionale <i>(www.regione.fvg.it Quaderni di monitor 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assessore alla Salute e alle Politiche Sociali, dal quale dipende la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali all'interno della quale è presente l'Area servizi sanitari territoriali ed ospedalieri.</li> <li>n. 3 Aree Vaste</li> <li>n. 6 Aziende Sanitarie Locali (ASL)</li> <li>n. 20 Distretti sanitari</li> <li>il bacino di utenti medio di ogni distretto è pari a 61'747,2 (85.670 a livello nazionale)</li> <li>la superficie di competenza del distretto è &lt;140 km<sup>2</sup> nel 17,6% , tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 41,2%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 35,3% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 5,9% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a 413 km<sup>2</sup> e la media in Friuli è pari a 364,25 km<sup>2</sup>.</li> </ul>		
3	Principali atti di programmazione in materia	Il Piano Sanitario e sociosanitario in vigore al momento aveva valenza nel triennio 2010-2012; il documento si articola in quattro direttrici strategiche:		

	di cure primarie (da PSSR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. riorganizzazione dell'offerta della rete ospedaliera</li> <li>2. istituzione di un'unica centrale operativa dell'emergenza</li> <li>3. presa in carico integrata delle persone con malattie croniche e disabilità</li> <li>4. ricerca di una maggiore efficienza complessiva del sistema sanitario e sociale attraverso l'adozione di criteri di gestione che consentano di eliminare inutili sovrapposizioni e favoriscano sinergie operative tra le Aziende del Servizio sanitario regionale.</li> </ol>
4	Spesa sanitaria e spending review (Sito del Ministero della Salute, istat-censimento2011 e L.135/2012 art. 15 comma 13- Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica – Spending review)	<p><b>Regione con Piano di Rientro: NO</b></p> <p>Spesa Sanitaria pro capite: 2'020 €          Spesa lorda pro capite per farmaci: 187,2 €          Spesa sanitaria totale: 2'497 milioni di €          Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 107,19 €</p> <p>Secondo la Spending Review in Friuli il numero di posti letto dovrà diminuire di 149 unità, in quanto dovranno essere tagliati i posti letto per gli acuti di 690 unità (-14,7%) mentre dovranno aumentare i posti letto per i post-acuti di 542 unità (+139%), rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto per posti acuti del 18,5%.</p> <p>Si prevede che la riforma della sanità del Friuli Venezia Giulia "vedrà la luce entro il 2014". Lo hanno detto a Udine la presidente del Friuli Venezia Giulia, Debora Serracchiani, e l'assessore regionale alla Salute, Maria Sandra Telesca. "I temi da affrontare sono molti e complessi, perché nel frattempo è cambiato il mondo e sono cambiate le esigenze dei cittadini".</p>
5	Indicatori di efficienza (da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 6,41 %</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 63,33%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 21,8%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: NP</li> </ul>
6	Associazionismo Medico ( da istat-censimento 2011, PSSR, Rapporto Irer altri documenti di programmazione sanitaria)	<p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 997</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1105</li> <li>• n. PLS: 121</li> <li>• n. assistiti PLS: 903 (media nazionale 856,88)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nella regione sono presenti i Presidi di Medicina Generale:</li> </ul> <p>Si tratta di un servizio medico ambulatoriale e, se necessario, domiciliare, fornito da due medici di medicina generale, ai quali ci si può rivolgere con accesso diretto, senza prenotazione o appuntamento, dunque con le stesse regole con le quali si accede alle prestazioni del proprio medico di fiducia.</p> <p>Il Servizio integra i servizi dei medici di famiglia, intendendo coprire fasce orarie eventualmente non coperte dal medico con cui ogni cittadino è convenzionato.</p> <p>I cittadini sono pregati di continuare a rivolgersi in prima istanza al proprio medico e di rivolgersi al presidio di medicina generale, solo nel caso in cui il medico di famiglia non sia reperibile.</p> <p>Al Presidio di Medicina Generale (PdMG) può inoltre rivolgersi chi ha bisogno di certificati urgenti o prescrizioni, anche se non residente oppure ha un MMG con orari di apertura dell'ambulatorio non compatibili con le esigenze del momento.</p> <p>Il Presidio di Medicina Generale (PdMG) va utilizzato per sintomi o problemi, per i quali è opportuna una prima valutazione immediata.</p>
8	<p>Cure Intermedie  <i>( da PSSR, , schede di dotazione territoriale)</i></p>	<p>Nella Regione Friuli Venezia Giulia è presente un'offerta molto articolata di strutture intermedie identificate come strutture residenziali per anziani:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• residenze polifunzionali;</li> <li>• residenze polifunzionali con modulo fascia A;</li> <li>• comunità alloggio;</li> <li>• case albergo;</li> <li>• residenze ad utenza diversificata;</li> <li>• centri diurni.</li> </ul> <p>per un totale di oltre 10 mila posti letto.</p> <p>Nel FVG le RSA sono strutture che costituiscono offerta distrettuale, prevedono degenze in genere inferiori ad un mese, sono destinate al recupero fisico e sociale delle persone, in genere dopo una dimissione da un reparto ospedaliero per acuti che, al termine della degenza in RSA, vengono accolte nuovamente a domicilio o in altre strutture residenziali.</p> <p>Nel FVG le RSA sono articolate in moduli specialistici che possono essere dedicati alle demenze, agli stati vegetativi, all'alcolismo ecc.</p> <p>Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 12 2010: 13'848</p> <p>Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 12 2010 per ospiti anziani 10'774</p>

9	<p>Assistenza Domiciliare  <i>( da Istat censimento-2011 e PSSR)</i></p>	<p>La percentuale di comuni che offrono assistenza domiciliare ai disabili è pari a 64,74 con una copertura territoriale di 57,6. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare agli anziani, la percentuale di comuni che la offrono è pari a 95,9% con una copertura a livello territoriale di 97,4. (Fonte dati ISTAT)</p> <p>Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 18.263 su un totale della popolazione anziana <math>\geq</math> a 65 anni pari a 288.977 unità, coprendo pertanto il 6% della popolazione anziana.</p> <p><b>Il Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)</b> dei Distretti rientra in un sistema coordinato di attività sanitarie integrate (assistenza infermieristica, riabilitativa, medico-generalista e specialistica) che provvedono ad erogare interventi di natura socio assistenziale, con lo scopo di curare, assistere e riabilitare la persona malata al proprio domicilio evitando il ricovero ospedaliero o nelle residenze socio assistenziali. Il servizio infermieristico è responsabile di erogare l'assistenza anche nelle case di riposo pubbliche e private e si prende cura delle persone dopo la dimissione ospedaliera per garantire la continuità terapeutica.</p> <p>L'Assistenza domiciliare costituisce una delle funzioni sanitarie dei 4 distretti dell'ASS n.1 Triestina. Quando le cure infermieristiche sono affiancate da interventi congiunti del Medico di Medicina Generale oppure da operatori dei servizi sociali dei Comuni assume la dizione di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). La scelta dell'assistenza integrata è assunta dal Distretto.</p> <p>Tra le prestazioni erogate dagli operatori del Servizio Infermieristico Domiciliare a domicilio si segnalano le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rilevazione dei parametri vitali nei soggetti con funzioni fortemente compromesse o in particolari momenti di instabilità</li> <li>• somministrazione e monitoraggio delle terapie parenterali</li> <li>• monitoraggio della terapia anticoagulante e antidiabetica, della terapia orale, eventualmente avvalendosi del servizio telefonico "Agenda farmaci"</li> <li>• gestione della nutrizione artificiale domiciliare</li> <li>• effettuazione dell'elettrocardiogramma</li> <li>• prelievi per esami di laboratorio</li> <li>• medicazioni</li> <li>• gestione delle stomie e dei cateterismi</li> </ul> <p>L'assistenza infermieristica domiciliare è attiva 7 giorni su 7 per 12 ore al giorno. Al fine di completare le azioni di sostegno e cura il Distretto, ove necessario, ricerca la collaborazione e l'intervento del personale dei servizi sociali comunali (ADI).</p>
---	--	--

		In diverse aziende sanitarie della Regione sono state sperimentate forme innovative della presenza di operatori sanitari sul territorio: si va dalla apertura degli ambulatori infermieristici in locali dei comuni più decentrati, che rappresentano un punto di contatto della popolazione con il sistema sociosanitario, a forme di infermiere di comunità con presidio, di mappatura dei bisogni e presa in carico precoce (Progetto Nonos dell'ASS5), a forme sperimentali di attività in microaree (2-3 mila abitanti) in cui l'infermiere presidia la situazione sociosanitaria di un quartiere svolgendo un ruolo di "advocacy" nei confronti dei servizi (Progetto microaree ASS1) (Dati del 2011).
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti  (sito della Regione, delle ASL e del Ministero della Salute (Osservatorio Nazionale e-care)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE sì (ma non ho trovato informazioni sui siti delle asl)</li> <li>• CUP/refertazione sì</li> <li>• Progetti Telemedicina/Teleassistenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ PACS Regionale FVG: Condivisione a livello di servizio sanitario regionale dei referti e delle immagini associate.</li> <li>◦ Telemed System: riduzione dell'ospedalizzazione per quei pazienti cardiopatici bisognosi di monitoraggio dei parametri vitali e assistenza quotidiana. Le verifiche e diagnosi giornaliere possono essere gestite da remoto mediante soluzioni tecnologiche (piattaforma software + reti wireless + sistema di gestione + contact center).</li> </ul> </li> </ul>
11	Monitoraggio LEA  (Dati del Ministero Della Sanità).	Il rapporto LEA 2011 non include i dati del Friuli Venezia Giulia.
12	Empowerment del cittadino (dal sito Università Bocconi – Osservatorio sul patient web empowerment)	Il Patient web empowerment indicator (PWEL) in Friuli, riferito all'anno 2012 è pari a 3,35, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto.

Regione Lazio																																																					
Dati aggiornati al 30 novembre 2013																																																					
1	Popolazione e Territorio ( da sito istat-censimento 2011)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dato regionale</th> <th>Dato nazionale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numero Abitanti</td> <td>5.705.278</td> <td>3°</td> </tr> <tr> <td>% della popolazione italiana</td> <td>9,34%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Densità per Km<sup>q</sup></td> <td>331,5</td> <td>media 192,03</td> </tr> <tr> <td>Superficie</td> <td>17.208 Km<sup>q</sup></td> <td>media 14.351 Km<sup>q</sup></td> </tr> <tr> <td>n. province</td> <td>5</td> <td>112</td> </tr> <tr> <td>n. comuni</td> <td>378</td> <td>8.425</td> </tr> <tr> <td>% popolazione 0-14</td> <td>14%</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 65</td> <td>19,8%</td> <td>20,3%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 85</td> <td>2,6%</td> <td>2,76%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza</td> <td>51%</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza anziani</td> <td>30%</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>numero componenti nucleo familiare</td> <td>2,35</td> <td>2,44</td> </tr> <tr> <td>% anziani soli</td> <td>29,08%</td> <td>28,09%</td> </tr> <tr> <td>% famiglie +5 componenti</td> <td>4,35%</td> <td>4,34%</td> </tr> <tr> <td>reddito medio pro capite</td> <td>€ 22.160</td> <td>€ 19.660</td> </tr> <tr> <td>% persone con almeno una malattia cronica</td> <td>38,2%</td> <td>38,6%</td> </tr> </tbody> </table>		Dato regionale	Dato nazionale	Numero Abitanti	5.705.278	3°	% della popolazione italiana	9,34%		Densità per Km <sup>q</sup>	331,5	media 192,03	Superficie	17.208 Km <sup>q</sup>	media 14.351 Km <sup>q</sup>	n. province	5	112	n. comuni	378	8.425	% popolazione 0-14	14%	14%	% popolazione over 65	19,8%	20,3%	% popolazione over 85	2,6%	2,76%	% indice dipendenza	51%	52%	% indice dipendenza anziani	30%	31%	numero componenti nucleo familiare	2,35	2,44	% anziani soli	29,08%	28,09%	% famiglie +5 componenti	4,35%	4,34%	reddito medio pro capite	€ 22.160	€ 19.660	% persone con almeno una malattia cronica	38,2%	38,6%
			Dato regionale	Dato nazionale																																																	
		Numero Abitanti	5.705.278	3°																																																	
		% della popolazione italiana	9,34%																																																		
		Densità per Km <sup>q</sup>	331,5	media 192,03																																																	
		Superficie	17.208 Km <sup>q</sup>	media 14.351 Km <sup>q</sup>																																																	
		n. province	5	112																																																	
		n. comuni	378	8.425																																																	
		% popolazione 0-14	14%	14%																																																	
		% popolazione over 65	19,8%	20,3%																																																	
		% popolazione over 85	2,6%	2,76%																																																	
		% indice dipendenza	51%	52%																																																	
		% indice dipendenza anziani	30%	31%																																																	
		numero componenti nucleo familiare	2,35	2,44																																																	
		% anziani soli	29,08%	28,09%																																																	
% famiglie +5 componenti	4,35%	4,34%																																																			
reddito medio pro capite	€ 22.160	€ 19.660																																																			
% persone con almeno una malattia cronica	38,2%	38,6%																																																			
2	Organizzazione regionale (da siti ufficiali regione e quaderni di monitor 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La regione Lazio è in piano di rientro quindi è stato nominato commissario ad acta il presidente della regione. La direzione regionale salute e integrazione socio-sanitaria è competente in materia di Cure Primarie e continuità assistenziale, favorendo il pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali nel perseguimento degli obiettivi distrettuali e promuove e coordina la rete integrata dei servizi e delle prestazioni del servizio sanitario regionale a livello distrettuale, con particolare riferimento alla non autosufficienza e alla disabilità, ivi compresi interventi di tipo socio-sanitario connessi al materno infantile; definisce, di concerto con le aree competenti in materia di pianificazione strategica ed accreditamento e con l'Assessorato Politiche Sociali, proposte per la definizione del Fondo per la non autosufficienza, per l'utilizzo della quota regionale del Fondo nazionale per la non autosufficienza e per le tariffe di compartecipazione dei cittadini e dei Comuni al costo dei servizi socio sanitari. Si avvale dell'Ufficio Assistenza Primaria.</li> <li>• n. 12 Aziende Sanitarie Locali</li> <li>• n. 55 Distretti:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 103.732 abitanti (la media nazionale è pari a 85.670).</li> </ul> </li> </ul>																																																			



		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ la superficie di competenza del distretto è pari a 313 km<sup>2</sup> e con una distribuzione pari a &lt;140 km<sup>2</sup> nel 33,3% , tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 22,9%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 25% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 18,8% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a kmq 413, la regione ha più del 50% dei Distretti con una superficie di competenza minore della media nazionale.</li> <li>● Secondo il Programma Operativo (PO) 2013-2015 è stata pianificata, entro gennaio 2014, una riduzione delle aziende sanitarie locali da 12 a 8, preservando le realtà provinciali rispetto all'area metropolitana; mentre le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici passeranno da 6 a 4</li> </ul>
3	Piano Sanitario Regionale ( da PSR 2010-2012 e PO 2013-2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'ultimo Piano Sanitario Regionale è quello 2010-2012, ma con il decreto del Commissario ad Acta n. U00314 del 5 luglio 2013 è stata approvata la "Proposta di Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio".</li> <li>● Secondo il piano sanitario 2010-2012 devono essere attivati 33 PTP. <i>"I Presidi territoriali di prossimità (PTP) sono strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale che garantiscono, quale elemento innovativo, attraverso le Unità Operative di Degenza Infermieristica (UODI), l'assistenza in regime residenziale di natura medico-infermieristica di quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio. All'interno dei PTP dovrebbero svolgersi, in forma integrata anche con il sociale, le attività di assistenza domiciliare, le cure intermedie, le funzioni specialistiche territoriali e le attività di promozione della salute/prevenzione. Si possono trovare anche forme di aggregazione di MMG e PLS, i punti unici di accesso (PUA), le postazioni del 118 e continuità assistenziale e possono essere attivati, in funzione del bisogno espresso dalla popolazione di riferimento, nuclei di RSA e/o Hospice. È prevista una permanenza in questi centri di 15-20 giorni per ogni paziente."</i></li> <li>● La regione tramite il PO 2013-2015:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- intende completare l'offerta complessiva di posti residenziali entro la fine del 2015 attivando 6.027 nuovi posti residenziali e altri 642 posti letto derivanti dai processi di riconversioni di Presidi ospedalieri pubblici. E' prevista l'attivazione di 1.000 p.l. nel 2013 e 2.000 p.l. nel 2014. Successivamente sarà effettuata una rivalutazione del fabbisogno,</li> <li>- generare 325 nuovi posti letto in Hospice e 106 p.l. dai processi di riconversione. Inoltre verrà sviluppato un sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso queste strutture.</li> <li>- si pone come obiettivo la riqualificazione e il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata al fine di raggiungere nel triennio gli standard assistenziali nazionali e di favorire il processo di deospedalizzazione.</li> </ul> </li> </ul>
4	Spesa sanitaria e spending review  (Sito del Ministero della Salute e istat-censimento 2011 e da L. 135/2012 art. 15 comma 13 – Disposizioni urgenti per la revisione della	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Regione con Piano di Rientro: SI</li> <li>● Spesa Sanitaria pro capite: 1.994 €</li> <li>● Spesa lorda pro capite per farmaci: 234,4 €</li> <li>● Spesa sanitaria totale: 11.471 milioni di €</li> <li>● Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 96€</li> <li>● Secondo i tagli proposti dalla spending review in Regione Lazio i posti letto da chiudere sono 1.963, in particolare 1.644 p.l. per acuti e 319 p.l. per post-acuti con una diminuzione rispetto alla situazione di partenza rispettivamente del -9% e -7%</li> </ul>

	<i>spesa pubblica - Spending review))</i>	<p>rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%. Posti letto dopo tali interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acuti 17.090</li> <li>- post acuti 3.988</li> <li>• totale posti letto 21.078</li> </ul>
5	Indicatori di efficienza <i>(da rapporto ministeriale SDO e LEA)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 5,5%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 41,81%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 25,13%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 166,32</li> </ul>
6	Associazionismo Medico <i>(da istat-censimento 2011, documenti di programmazione sanitaria, sito Cooperativa Sociale Romamed)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 4.824</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1.041( media nazionale 1.133)</li> <li>• n. PLS: 767</li> <li>• n. assistiti PLS: 805 (media nazionale 856,88)</li> <li>• associazionismo: attualmente sono presenti 380 UCP (non presenti riferimenti in merito alla media di MMG che appartengono alle UCP)</li> <li>• La Regione Lazio presenta a livello organizzativo diverse forme di associazionismo medico, alcune approvate istituzionalmente, altre in via di sperimentazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'Unità di Cure Primarie (UCP) è un modello organizzativo dell'assistenza primaria che nasce con deliberazione della giunta regionale del Lazio n. 693 del 30 luglio 2004 che approva il progetto sperimentale per la creazione sul territorio della rete delle cure primarie, attualmente sono presenti in totale 380 UCP. L'UCP si impegna ad assicurare profili integrati di assistenza con copertura oraria di almeno 9 ore giornaliere nel periodo compreso tra le 7.00 e le 21.00 dal lunedì al venerdì con orario preferibilmente continuativo, salvo per le UCP/8h. Alcune tipologie di UCP (UCP integrata) prevedono la presenza e collaborazione anche di altri professionisti (ad es. di pediatri e/o specialisti, medici di Continuità Assistenziale (CA), operatori dell'assistenza sociale e sanitaria delle Aziende sanitarie o degli Enti locali). Accanto a queste forme di aggregazione troviamo le UCPP (Unità di Cure Primarie Pediatriche) che si avvalgono delle stesse regolamentazioni delle UCP ma sono composte da soli PLS.</li> <li>- Sperimentazione. A piazza Istria 2, all'interno del territorio di competenza della ASL Roma A, opera la Cooperativa Sociale Romamed, formata da medici di famiglia. A questa struttura possono rivolgersi gratuitamente tutti i pazienti del Municipio, in caso di necessità, dalle ore 8 alle ore 20, tutti i giorni. Lo studio medico, al quale aderiscono più di 50 medici, è aperto a tutti anche sabato, domenica, festivi e prefestivi, come un vero e proprio pronto soccorso. E' presente in studio anche personale infermieristico di supporto. Questo presidio è stato realizzato con un autofinanziamento da FIMMG e ora è in attesa di approvazione una seconda struttura da realizzare nel territorio della Asl Roma B. L'associazione di Piazza Istria costa 140 mila euro l'anno e clonare l'esperimento per 4 distretti in 7 ASL costerebbe 4 milioni, meno di 1,35 euro a cittadino. Secondo i dati del 2012 grazie alla struttura di Piazza Istria sono stati evitati 3500 accessi al pronto soccorso, permettendo un risparmio di circa 800 mila euro.</li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secondo la Delibera n.427 del 11 settembre 2012 sarebbero dovuti partire in via sperimentale a Roma gli Ambulatori Quamed (Ambulatorio di medicina generale di quartiere), un progetto approvato dalla Giunta Polverini che prevedeva l'attivazione di 5 ambulatori nelle ASL Roma A, Roma B, Roma C e Roma E. Gestiti da MMG, gli ambulatori Quamed dovevano essere aperti 7 giorni su 7, h24, per un bacino di d'utenza di almeno 100mila assistiti per ciascuna struttura. All'interno sarebbero stati presenti un ambulatorio infermieristico e alcuni posti letto territoriali di osservazione breve. Questo progetto, però, sembra essere stato bloccato nell'ottobre 2012 dall'allora Commissario ad Acta.</li> <li>- A livello della rete territoriale di emergenza-urgenza, oltre al servizio di Continuità Assistenziale, fino ad Aprile 2013 erano presenti gli AmbuMed, degli ambulatori realizzati dai MMG che erano partiti in via sperimentale a maggio 2012. AmbuMed era un percorso alternativo al Pronto Soccorso per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni per i pazienti in codice bianco e verde, attivi dalle ore 8 alle ore 20, 7 giorni su 7. Questi ambulatori sono stati realizzati in locali adiacenti al pronto soccorso nei 13 Ospedali Laziali coinvolti nel progetto. Nel corso dei dodici mesi di attività il progetto ha drenato dai pronto soccorso oltre 35 mila pazienti, che hanno usufruito di un servizio più veloce, rispondente alle loro esigenze e anche economicamente vantaggioso. Infatti i cittadini che hanno usufruito di questo servizio sono costati alla Regione meno di 50 euro a visita, contro i 240 euro che costa un accesso con codice verde. Accanto a questi ambulatori era stata attivata anche una centrale operativa telefonica con medici di medicina generale che offrivano "on call" (su richiesta) assistenza al cittadino, rispondendo a tutte le domande e indicando eventualmente al cittadino l'Unità di Cure Primarie più vicina alla sua posizione geografica. La centrale è stata sospesa il 24 aprile 2013 in concomitanza con la chiusura degli AmbuMed</li> </ul>
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E' allo studio la realizzazione di circa 25 Case della Salute localizzate in ospedali da riconvertire, con tempi medio lunghi</li> </ul>
8	Cure intermedie ( <i>da istat, PSR, principali documenti di programmazione sanitaria</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nella Asl Roma D i PTP vengono chiamati Ospedali di Comunità. Secondo il piano sanitario 2010-2012 dovevano essere attivati 33 PTP, la maggior parte grazie alla riconversione di Ospedali di piccole dimensioni, ad oggi sono attivi 8 PTP.</li> <li>• Secondo i dati del 2009, riportati nel PSR 2010-2012 e confermati dallo scenario attuale, nel Lazio non si raggiunge complessivamente lo standard di 25 p.l. per 1.000 residenti ultrasettantacinquenni. La distribuzione territoriale delle RSA è fortemente disomogenea e il numero di ospiti costretti a risiedere in strutture lontane dal proprio domicilio è elevato, circa il 48% degli ospiti residenti nella città di Roma e il 44% di quelli della provincia di Latina. La quasi totalità delle strutture è a gestione privata.</li> <li>• I posti residenziali attivi in Hospice sono tuttora 242.</li> <li>• Secondo il più recente rapporto Istat i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi il 31 dicembre 2010 dispongono complessivamente di 23.757 posti letto di cui 13.774 per un target anziano.</li> </ul>
9	Assistenza Domiciliare ( <i>da istat-censimento 2011, dati istat – adi 2012</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza domiciliare nella Lazio è fornita dal 80,4% dei comuni per i disabili e dal 74,3% per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 89,8% e del 89,6% del fabbisogno territoriale.</li> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 46.275 su un totale di popolazione anziana &gt;= di 65 anni pari 1.129.645 unità, coprendo pertanto il 4,1% della popolazione anziana, in linea con la media nazionale (4,1%)</li> </ul>
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE: nel 2010 in regione Lazio è stato finanziato, con 5,5 milioni di euro il progetto 'Lazio Escape', che mira a digitalizzare cartelle cliniche e referti di 12 Asl e 8 aziende sanitarie del Lazio senza intaccarne la validità legale. Lazio ESCAPE è un</li> </ul>

	<i>(da siti internet di regione Lazio, giornali online)</i>	<p>progetto di riuso della soluzione n. 252 "ESCAPE" che permette di gestire digitalmente l'intero ciclo di firma, certificazione, archiviazione, distribuzione, estrazione, conservazione dei referti informatici, lasciando inalterata la loro validità legale. Il progetto ha subito diversi arresti ed è tutt'ora in sviluppo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CUP: in Lazio è attivo il servizio ReCUP, chiamano il numero verde gratuito si possono prenotare visite, esami diagnostici e specialistici nelle varie Aziende Ospedaliere e negli ambulatori delle ASL di Roma e della Regione Lazio. Inoltre è attivo anche il servizio FARMARECUP per la prenotazione di visite specialistiche ed esami diagnostici direttamente in Farmacia. È possibile anche prenotare prestazioni on-line attraverso il sito di poslazio.</li> <li>• Ricette elettroniche: l'avvio a regime della ricetta elettronica in Lazio è iniziato il 30 settembre 2012. Inoltre è partita in 20 farmacie di Roma la sperimentazione della ricetta elettronica, con l'obiettivo di sostituire completamente entro i prossimi tre anni la tradizionale "ricetta rossa".</li> <li>• Progetti telemedicina: non ci sono progetti di telemedicina attivi nell'area dell'assistenza primaria.</li> </ul>
11	Monitoraggio LEA <i>(da Rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori presentata nel Rapporto di monitoraggio 2011 dei LEA, la Regione Lazio, con un punteggio pari a 142 (range -25 – 225), si colloca in una situazione "adempiente con impegno".</li> <li>• Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 68 punti ed è adempiente con impegno, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82.</li> </ul>
12	Empowerment del cittadino <i>(dal sito Università Bocconi - Osservatorio sul patient web empowerment; dai siti ASL)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient web empowerment indicator (PWEI) in Emilia Romagna, riferito all'anno 2012, si attesta a: 2.1, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto. La Regione partecipa al tavolo tecnico sull'empowerment che Agenas ha avviato da fine 2007. Il gruppo di lavoro è attualmente costituito da 11 Regioni (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Toscana, provincia autonoma di Trento, Veneto) e finora ha condiviso obiettivi di lavoro, modelli teorici e strumenti operativi. Dal database aggiornato al 2012 non risultano progettualità della Regione Lazio.</li> <li>• Nella ASL Roma D sono organizzati numerosi eventi di informazione e di formazione rivolti ai cittadini.</li> </ul>

Regione Liguria				
Dati aggiornati al 30 novembre 2013				
1	Popolazione e Territorio <i>( da sito istat-censimento 2011)</i>			
			Dato regionale	Dato nazionale
		Numero Abitanti	1'616'387	12°
		% della popolazione italiana	2,67%	-
		Densità per Km <sup>2</sup>	298,17	192,03
		Superficie	5'421 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>
		n. province	4	112
		n. comuni	235	8.425
		% popolazione 0-14	11,5%	14%
		% popolazione over 65	26,7%	20,3%
		% popolazione over 85	4,03%	2,76%
		% indice dipendenza	62%	52%
		% indice dipendenza anziani	43%	31%
		numero componenti nucleo familiare	2,12	2,44
		% anziani soli	34%	28,09%
% famiglie +5 componenti	1,6%	4,34%		
reddito medio pro capite	21.000 €	€ 19.660		
% persone con almeno una malattia cronica	40,7%	38,6%		
2	Organizzazione regionale <i>( da siti ufficiali regione FVG e quaderni di monitor 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assessore Sanità e Sicurezza dei cittadini</li> <li>Dipartimento Salute e Servizi Sociali</li> <li>n. 5 Aziende Sanitarie Locali (ASL)</li> <li>n. 19 Distretti sanitari</li> <li>il bacino di utenti medio di ogni distretto è pari a 85'073 (85.670 a livello nazionale)</li> <li>la superficie di competenza del distretto in media è pari a 285,3, nel dettaglio la superficie dei distretti è &lt;140 km<sup>2</sup> nel 31,6% dei distretti , tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 42,1%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 26,3% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 0% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a 413 mq, la superficie media dei distretti in Liguria è di molto inferiore rispetto alla media nazionale.</li> </ul>		
3	Piano Sanitario Regionale <i>( da PSSR, sito della Regione)</i>	Piano Socio-sanitario 2013-2015 (varato il 7 giugno 2013) e il documento non è ancora presente online. A disposizione del piano per quest'anno 59 milioni di euro che comprendono sia risorse regionali che statali. "Dei 18		

	<i>Liguria)</i>	<p>milioni di provenienza statali – ha spiegato Rambaudi – contiamo sui 9 milioni del fondo per la non autosufficienza che dovrebbero sbloccarsi a breve e su altri 9 milioni del fondo sociale nazionale, faticosamente riconquistato ed oggi bloccato dal Ministero dell'Economia, nonostante l'intesa già siglata in Conferenza unificata a febbraio".</p> <p><i>“Oltre alla riorganizzazione delle strutture ospedaliere, il Piano presenta anche aspetti innovativi come lo sviluppo previsto per i servizi territoriali che prevede il rafforzamento del ruolo del Distretto, a cui viene prevista l'assegnazione di budget definiti sulla base dell'epidemiologia e della demografia del territorio. L'obiettivo da raggiungere, già a partire dal 30 giugno 2013, è avere per ogni Distretto una organizzazione territoriale che lavori H24, anticipando così quanto previsto dal decreto del Ministro Balduzzi. Per raggiungere tale traguardo sarà dunque necessaria un'integrazione delle risorse fra l'ambito sanitario e quello sociale, anche attraverso azioni innovative da sviluppare insieme ai medici medicina generali. Il Piano Sanitario regionale prevede inoltre lo sviluppo di una nuova tipologia di struttura (SCI – Strutture di Cure Intermedie) non classificate come ospedaliere e destinate ad ospitare pazienti post-acuti in una logica di protezione delle dimissioni.”</i></p>
4	<p>Spesa sanitaria e spending review  <i>(Sito del Ministro della Salute, Legge 135/ 2012 art. 15 comma 13- Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica- Spending review, Istat-censimento 2011)</i></p>	<p>Regione con Piano di Rientro: NO          Spesa Sanitaria pro capite: 2'016 €          Spesa lorda pro capite per farmaci: 188,3 €          Spesa sanitaria totale: 3'257 milioni di €          Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 83,79 €          Secondo la Spending Review in Liguria il numero di posti letto dovrà aumentare di 293 unità, dovranno infatti essere tagliati i posti letto per acuti di 235 unità (-4,1%) mentre dovranno aumentare di 528 unità (71,1%) i posti letto per le post acuzie. Rispetto alla media nazionale che prevede una riduzione dei posti letto per acuti pari al 7% ed un aumento per post acuti pari a 18,5%.</p>
5	<p>Indicatori di efficienza  <i>( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 5,83 %</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 59,92%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 23,5%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 178,58</li> </ul>
6	<p>Associazionismo Medico  <i>( da istat-censimento 2011, PSSR, Rapporto Irer altri documenti di programmazione sanitaria)</i></p>	<p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 1'343</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1'059 (media nazionale 1.133)</li> <li>• n. PLS: 170</li> <li>• n. assistiti PLS: 869 (media nazionale 856, 88)</li> </ul>

8	Cure Intermedie <i>( da PSSR, , schede di dotazione territoriale, stampa locale)</i>	Il Numero di residenze per anziani in Liguria è pari a 260, alcune di queste sono residenza protette di lungo-assistenza per soggiorni di sollievo famiglia, riabilitazione e soggiorni estivi. Il numero di hospice è pari a 6. Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 12 2010: 16'518 Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 12 2010 per ospiti anziani 12'423
9	Assistenza Domiciliare <i>( da istat censimento-2011 e PSSR))</i>	Assistenza domiciliare integrata è stata garantita a cittadini nel 2011, la percentuale di comuni che offrono assistenza domiciliare ai disabili è pari a 77,4% con una copertura territoriale di 91,5. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare agli anziani, la percentuale di comuni che la offrono è pari a 95,5% con una copertura a livello territoriale di 98,9. (Fonte dati ISTAT). Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 15.026, su un totale della popolazione anziana >= di 65 anni pari 431.575 unità coprendo pertanto il 3% della popolazione anziana.
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti <i>(sito della Regione)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE sì</li> <li>• CUP/refertazione sì</li> <li>• Progetti Telemedicina/Teleassistenza:</li> </ul> Dalla Regione impegno ad effettuare investimenti per dotare i sistemi centrali di interfacce per la gestione dei flussi telematici di informazioni.  Primo passo della Regione Liguria verso la dematerializzazione della ricetta medica. Grazie all'accordo siglato con i medici di medicina generale e i pediatri può partire l'iter di digitalizzazione delle prescrizioni mediche, fino ad arrivare alla completa sostituzione della ricetta su carta e alla condivisione informatica di tutte le informazioni sul paziente. Si partirà con la condivisione, su una piattaforma informatica, dei dati relativi al paziente raccolti dalle ricette che, prima di essere inviati al <b>Ministero della Salute</b> , andranno ad alimentare una piattaforma regionale. Le prescrizioni su carta diminuiranno fino a sparire, finché ai cittadini non resterà che andare in farmacia con la propria tessere elettronica e recuperare la ricetta elettronica compilata dal medico. L'accordo coinvolgerà i 1.500 medici di medicina generale e i 165 pediatri della Liguria. Da parte sua, la Regione si impegna ad effettuare gli investimenti necessari per dotare i sistemi centrali di opportune interfacce per la gestione dei flussi telematici di informazioni.
11	Monitoraggio LEA <i>(dal Rapporto monitoraggio 2011)</i>	Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori pubblicata nel rapporto di monitoraggio dei LEA 2011, la Regione, con un punteggio pari a 166 (range -25 – 225), si colloca in una situazione "adempiente". La Regione nel 2011 ha una percentuale di popolazione trattata in ADI pari a



	<i>LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)</i>	<p>3% rispetto al target identificato dal Ministero del 4%.</p> <p>Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 75, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82.</p>
12	Empowerment del cittadino dal sito Università Bocconi – Osservatorio sul patient web empowerment)	Il patient web empowerment indicator (PWEI) in Liguria, riferito all'anno 2012, è pari a 4,15, secondo quanto indicato dall'ultimo rapporto.

Regione Lombardia				
Dati aggiornati al 30 novembre 2013				
1	Popolazione e Territorio ( da sito istat-censimento 2011)		Dato regionale	Dato nazionale
		Numero Abitanti	9'871'928	1°
		% della popolazione italiana	16,32%	-
		Densità per Km <sup>2</sup>	431,69	192,03
		Superficie	23'863 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>
		n. province	12	112
		n. comuni	581	8.425
		% popolazione 0-14	14,3%	14%
		% popolazione over 65	20,1%	20,3%
		% popolazione over 85	2,53%	2,76%
		% indice dipendenza	52%	52%
		% indice dipendenza anziani	31%	31%
		numero componenti nucleo familiare	2,36	2,44
		% anziani soli	26,65 %	28,09%
		% famiglie +5 componenti	3,52%	4,34%
		reddito medio pro capite	20'210 €	€ 19.660
		% persone con almeno una malattia cronica	41,2 %	38,6%
2	Organizzazione regionale ( da siti ufficiali regione Lombardia e quaderni di monitor 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In regione Lombardia è presente un Assessore alle Sanità, una Direzione Generale Salute dalla quale dipendono le Unità Organizzative: Unità Organizzativa Rapporti istituzionali, giuridico-legislativo, personale e medicina convenzionata territoriale. Al suo interno è presente la Struttura Medicina convenzionata territoriale, educazione continua in medicina, professioni sanitarie, un'altra Unità Organizzativa è quella che si occupa del Governo dei dati, delle strategie e piani del sistema sanitario all'interno della quale è presente la Struttura Progettazione e sviluppo piani</li> <li>• n. 15 Aziende Sanitarie Locali (ASL)</li> <li>• n. 95 Distretti sanitari</li> <li>• il bacino di utenti medio di ogni distretto è pari a 103'915 (85.670 a livello nazionale)</li> <li>• la superficie di competenza del distretto è in media pari a 251,2 km<sup>2</sup> di molto inferiore rispetto alla media nazionale che è pari a 413 km<sup>2</sup>, in particolare i distretti hanno una superficie &lt;140 km<sup>2</sup> nel 45,8% , tra 140 e</li> </ul>		

		349 km2 nel 18,1%, tra 350 e 599 km2 nel 19,4% e >600 km2 nel 16,7% dei distretti.
3	Piano Sanitario Regionale	<p>Il Piano Socio Sanitario Regionale in vigore dal 2010 al 2014, si prefigge l'obiettivo di realizzare il passaggio "Dalla cura al prendersi cura", considerato come un indirizzo preciso e concreto per modificare radicalmente il modo di intendere l'assistenza sanitaria, strutturando un sistema in cui al centro ci sia la persona e il suo benessere.</p> <p>L'offerta sanitaria, nella visione della Regione Lombardia in accordo con il PSN, prevede che l'ospedale diventi sempre più un luogo tecnologicamente avanzato, dotato della strumentazione di eccellenza, nel quale il paziente permanga il tempo strettamente necessario alla cura della sua fase acuta.</p> <p>La funzione territoriale dell'ospedale, attuata dai suoi bracci operativi sul territorio, riguarderà l'attività di diagnosi e cura di primo e secondo grado di complessità.</p> <p>L'obiettivo che si pone la regione Lombardia è quello di ridurre fino ad eliminare le degenze di lunga durata che si svolgono in un contesto di intensità di cura che non adeguato per i pazienti che hanno passato la fase acuta e che sono esposti ai rischi legati alla permanenza in ospedale.</p> <p>Nei quattro anni in cui il Piano Sanitario sarà in vigore si continueranno a perseguire gli obiettivi di: Semplificazione amministrativa e normativa e snellimento delle procedure al fine di eliminare le procedure superflue che causano disagio sia al cittadino sia alle strutture.</p> <p>La semplificazione delle procedure viene considerata come fattore importante al fine di favorire la trasparenza, l'accesso ai servizi territoriali e la realizzazione di una rete di servizi integrata.</p> <p>Con la deliberazione IX/ 4334 la Regione ha emanato le "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013", denominate "Regole 2013", all'interno delle quali sono delineati gli indirizzi di programmazione sanitaria per l'anno 2013.</p>
4	Spesa sanitaria e spending review (Sito del Ministero della Salute e <i>istat-censimento2011 e da L.135/2012 art.15 comma 13- Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica- Spending review</i> )	<p><b>Regione con Piano di Rientro: NO</b></p> <p>Spesa Sanitaria pro capite: 1'800 €                  Spesa lorda pro capite per farmaci: 191,9 €                  Spesa sanitaria totale: 17'921 milioni di €                  Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 106,5 €</p> <p>Secondo la Spending Review in Lombardia dovranno essere tagliati sia i posti letto per le post acuzie che quelli per acuti, i tagli saranno di 911 (-4,4%) letti per post acuti e 1.426 (-11,3%) per acuti mentre a livello nazionale i posti letto per acuti saranno ridotti del 7% e i post acuti dovranno aumentare del 18,5%.</p>

5	<p>Indicatori di efficienza <i>( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 5,8%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 37,7 %</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 20,99%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 150,84</li> </ul>
6	<p>Associazionismo Medico <i>(da istat-censimento 2011, PSSR, Rapporto Irer altri documenti di programmazione sanitaria)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 6'518</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1317</li> <li>• n. PLS: 1147</li> <li>• n. assistiti PLS: 911</li> </ul> <p>Numero MMG 6'581 di cui il 32,2% lavora in autonomia, il 15,1 in associazione semplice, il 28,8 in rete, il 19,51 in medicina di gruppo, il 4,2% in strutture complesse. Dati IRER progetto: “Definizione di nuovi modelli di gestione dei MMG, differenziati in base alle specificità territoriali e coerenti con i bisogni dei cittadini e con il modello gestionale basato sul “consulto formativo” Rapporto Finale anno 2010</p> <p><b>Creg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con il DGR IX/937 del 1° dicembre 2010 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011”, Regione Lombardia ha previsto di implementare la sperimentazione del progetto “CReG” (Chronic Related Group). L'obiettivo che si prefigge è quello di delineare percorsi di cura in grado di accompagnare il paziente in tutte le attività, non solo ambulatoriali ma anche farmaceutiche, protesiche e di follow up.</li> <li>• La presa in carico del paziente viene effettuata da un provider che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse, garantisce e coordina tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. L'insieme delle attività, servizi e prestazioni previsti nel pacchetto rappresentato dal Creg è finanziato dai LEA.</li> <li>• Le patologie che sono state scelte per la sperimentazione sono: Broncopneumopatie Cronico Ostruttive (BPCO), Scompenso Cardiaco, Diabete di tipo I e tipo II, ipertensione e cardiopatia ischemica, Osteoporosi, patologie neuromuscolari.</li> <li>• I tre pilastri tecnologici della sperimentazione Creg, definiti dal DRG IX/937, sono : la Banca Dati Assistito (BDA), i Percorsi Diagnostico terapeutici assistenziali (PTDA), il criterio di remunerazione del servizio.</li> <li>• La BDA è stato lo strumento tramite il quale sono stati individuati e classificare tutti i soggetti affetti da</li> </ul>

		<p>patologie croniche.</p> <p>I PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) identificano gli appropriati contenuti clinici e i correlati bisogni di cura di ogni cronicità. Ad ogni raggruppamento omogeneo di patologia o pluripatologia è assegnata una tariffa che comprende i consumi per le componenti: ambulatoriale, farmaceutica, ossigeno, protesica minore.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nella tariffa sono ricompresi: la compilazione dei piani terapeutici assistenziali, il debito informativo, il rilascio dell'esenzione per patologia, l'attività ambulatoriale, il follow up, la fornitura dei presidi e protesi a domicilio, farmaci in WEB o a domicilio, gli eventuali trasporti (dializzati). Sono esclusi dalla tariffa i ricoveri per acuti, sub-acuti, quelli in riabilitazione e le quote attuali di finanziamento dei MMG è stato determinato il costo delle cure come riportato nel D.G.R n°4383 del 16 maggio 2011.</li> <li>• La DGR IX/1283 del 1° febbraio 2011 ha individuato gli ambiti territoriali di sperimentazione nelle seguenti ASL: Como, Lecco, Milano città, Milano 2 e Melegnano e Bergamo.</li> </ul> <table border="1" data-bbox="660 702 1960 1173"> <thead> <tr> <th>ASL COINVOLTE</th> <th>NOME DEL PROVIDER</th> <th>MMG PARTECIPANTI</th> <th>PAZIENTI ARRUOLATI</th> <th>% PAZIENTI ELEGIBILI</th> <th>% TARGET MINIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ASL CITTA' DI MILANO</td> <td>COOP CMMC</td> <td>55</td> <td>7300</td> <td>53</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>ASL MILANO 2</td> <td>COOP MMG COOP IML</td> <td>9 26</td> <td>1200 3400</td> <td>45 45</td> <td>45 45</td> </tr> <tr> <td>ASL BERGAMO</td> <td>COOP IML</td> <td>205</td> <td>22000</td> <td>46</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">ASL COMO</td> <td>COOP MMG-CREG</td> <td>25</td> <td>4700</td> <td>61</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>COSMA 2000/</td> <td>30</td> <td>5500</td> <td>70</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>COOP PAXME</td> <td>20</td> <td>3000</td> <td>55</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>ASL LECCO</td> <td>COOP</td> <td>38</td> <td>5800</td> <td>60</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	ASL COINVOLTE	NOME DEL PROVIDER	MMG PARTECIPANTI	PAZIENTI ARRUOLATI	% PAZIENTI ELEGIBILI	% TARGET MINIMO	ASL CITTA' DI MILANO	COOP CMMC	55	7300	53	51	ASL MILANO 2	COOP MMG COOP IML	9 26	1200 3400	45 45	45 45	ASL BERGAMO	COOP IML	205	22000	46	45	ASL COMO	COOP MMG-CREG	25	4700	61	55	COSMA 2000/	30	5500	70	55	COOP PAXME	20	3000	55	55	ASL LECCO	COOP	38	5800	60	60
ASL COINVOLTE	NOME DEL PROVIDER	MMG PARTECIPANTI	PAZIENTI ARRUOLATI	% PAZIENTI ELEGIBILI	% TARGET MINIMO																																											
ASL CITTA' DI MILANO	COOP CMMC	55	7300	53	51																																											
ASL MILANO 2	COOP MMG COOP IML	9 26	1200 3400	45 45	45 45																																											
ASL BERGAMO	COOP IML	205	22000	46	45																																											
ASL COMO	COOP MMG-CREG	25	4700	61	55																																											
	COSMA 2000/	30	5500	70	55																																											
	COOP PAXME	20	3000	55	55																																											
ASL LECCO	COOP	38	5800	60	60																																											
8	Cure Intermedie ( da PSSR, , schede di dotazione territoriale)	Servizi post-acuzie intermedi fra l'ospedale e il domicilio (DELIBERAZIONE N° IX / 1479 creazione di reparti per subacuti) Per realizzare tale obiettivo sono state realizzate delle strutture di tipo intermedio subacuto che permettono di curare questo tipo di pazienti in un modo alternativo alla degenza classica ospedaliera. L'obiettivo del Centro Cure Subacute è quello di assicurare, grazie ad una permanenza di massimo 28 giorni, una maggior stabilizzazione e recupero																																														

		<p>delle condizioni psico fisiche dei degenti. Oltre a ciò, durante la permanenza presso il Centro, l'equipe, di norma redige un piano personalizzato di assistenza e, coinvolgendo sia il paziente che la sua famiglia, stila un progetto di Dimissione Protetta. La presenza dell'Assistente Sociale consente di garantire uno spazio di ascolto per i singoli e le famiglie oltre che di intrattenere contatti con i vari Servizi Sociali Comunali. Al fine di assicurare la presa in carico e la risposta più opportuna ai bisogni assistenziali, ogni paziente è assegnato ad un infermiere che sarà, per la durata di tutta la degenza, il suo riferimento, ovvero il responsabile del raggiungimento degli obiettivi assistenziali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RSA: Il numero di RSA accreditate in regione Lombardia è pari a 650.</li> <li>• Hospice: il numero di hospice presenti in Lombardia è pari a 70 per un totale di posti letto pari a 732.</li> </ul>
9	<p>Assistenza Domiciliare ( da istat censimento-2011 e PSSR))</p>	<p>Assistenza domiciliare integrata è stata garantita a 93'766 cittadini nel 2011, la percentuale di comuni che offrono assistenza domiciliare ai disabili è pari a 73,3 con una copertura territoriale di 83,1.</p> <p>Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare agli anziani, la percentuale di comuni che la offrono è pari a 86,1 con una copertura a livello territoriale di 93,9. (Fonte dati ISTAT).</p> <p>Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 80'045 su un totale di popolazione anziana pari a 1'984'258, coprendo pertanto il 4% della popolazione anziana.</p> <p>Con il decreto 6032 del 6 luglio 2012 è stata estesa a tutte le Asl della Lombardia la sperimentazione che adotta il nuovo modello e i nuovi strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno delle persone che necessitano di Assistenza domiciliare integrata (ADI).</p> <p>La sperimentazione proseguirà fino al mese di luglio 2013 e prevede che le Asl:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• adottino ed applichino gli indirizzi organizzativi, il modello e gli strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno delle persone (vedi "Indirizzi sperimentali per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI)" e "Strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno")</li> <li>• assegnino alla persona avente diritto un voucher (le cui modalità di richiesta e utilizzo sono previste nell'allegato "Format Voucher per l'Assistenza domiciliare integrata (ADI)".</li> </ul> <p>Il voucher corrisponde ad una somma di denaro che viene riconosciuta alla persona fragile per ricevere le prestazioni necessarie per la sua assistenza al domicilio.</p> <p>La Regione Lombardia monitorerà l'andamento della sperimentazione attraverso l'istituzione di un'apposita cabina di regia.</p>

		<p>Alcuni progetti regionali</p> <p>Progetto regionale "Il malato e la famiglia al centro della rete delle cure palliative": oltre 250 i pazienti assistiti a domicilio, 320 quelli ricoverati in Hospice nel 2012 e una dote di 700 euro assegnata a 16 nuclei familiari. Il progetto è stato lanciato in via sperimentale nella Asl Milano 1, nei distretti di Magenta e Abbiategrasso. All'interno del progetto è previsto un sostegno economico alle famiglie che scelgono l'assistenza domiciliare, nei distretti di Magenta e Abbiategrasso. Interventi di base e specialistici, tra loro interagenti in funzione dell'avvicinarsi del fine vita, vengono erogati direttamente a casa del paziente. Prestazioni specifiche in regime di ricovero giornaliero presso l'Hospice di Abbiategrasso. E ancora, un ambulatorio di cure palliative negli ospedali di Magenta e Abbiategrasso al fine di garantire la presa in carico globale, precoce e continuativa dei pazienti seguiti in regime ambulatoriale e un'adeguata consulenza di cure palliative presso i reparti di degenza.</p> <p>Progetto Ospedale - Territorio senza dolore, in integrazione fra ASL, AO e strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate, secondo quanto previsto dall'articolo 6 della legge 38/2010,</p> <p>Cure palliative per 40mila lombardi: progetto regionale di rete ospedale-territorio 29/04/2013</p>
10	<p>Digitalizzazione e tecnologie abilitanti</p> <p><i>(sito della Regione)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE sì</li> <li>• CUP/refertazione sì</li> <li>• Progetti Telemedicina/Teleassistenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Progetto "Buongiorno Creg di telemonitoraggio all'interno della sperimentazione Creg</li> </ul> </li> </ul>
11	<p>Monitoraggio LEA</p> <p><i>(Rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)</i></p>	<p>Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori pubblicata nel rapporto di monitoraggio dei LEA 2011, la Regione, con un punteggio pari a 195 (range -25 – 225), si colloca in una situazione "adempiente".</p> <p>Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 75, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/80.</p>
12	<p>Empowerment del cittadino</p> <p><i>(dal sito Università Bocconi – Osservatorio sul patient web empowerment)</i></p>	<p>Patient web empowerment indicator (PWEI) in Lombardia, riferito all'anno 2012, si attesta a 4,15, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto.</p>



Regione Marche					
Dati aggiornati al 30 novembre 2013					
1	Popolazione e Territorio ( da sito istat-censimento 2011)		Dato regionale	Dato nazionale	
		Numero Abitanti	1.562.439	13°	
		% della popolazione italiana	2,58%		
		Densità per Km <sup>q</sup>	166,82	media 192,03	
		Superficie	9.366 Km <sup>q</sup>	media 14.351 Km <sup>q</sup>	
		n. province	5	112	
		n. comuni	239	8425	
		% popolazione 0-14	13,3%	14%	
		% popolazione over 65	22,5%	20,3%	
		% popolazione over 85	3,48%	2,76%	
		% indice dipendenza	56%	52%	
		% indice dipendenza anziani	35%	31%	
		numero componenti nucleo familiare	2,5	2,44	
		% anziani soli	24,7%	28,09%	
		% famiglie +5 componenti	4,67%	4,34%	
		reddito medio pro capite	18.310€	€ 19.660	
		% persone con almeno una malattia cronica	36,6%	38,6%	
2	Organizzazione regionale ( Sito regione)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessore alla Salute e “servizio sanità” (mancano informazioni sull’organizzazione)</li> <li>• n. 1 Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR)</li> <li>• 5 Aree Vaste: Area 1 (Zone Territoriali di: Fano, Pesaro, Urbino), l’Area 2 (zone Territoriali di Senigallia, Jesi, Fabriano, Ancona), l’Area 3 (Zone Territoriali di Civitanova Marche, Macerata, Camerino), l’Area 4 (Zona Territoriale di Fermo), l’Area 5 (Zone Territoriali di San Benedetto del Tronto e Ascoli Piceno).</li> <li>• n. 23 Distretti                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 67.932 abitanti (la media nazionale è pari a 85.670)</li> <li>○ la superficie di competenza del distretto è pari a 407,2 km<sup>2</sup> e con una distribuzione pari a &lt;140 km<sup>2</sup> nel 9,1%, tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 27,3%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 54,5% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 9,1% dei distretti. La media della</li> </ul> </li> </ul>			

		<p>superficie di competenza del distretto in Italia è pari a kmq 413, la regione ha più del 9% dei distretti con una superficie di competenza maggiore della media nazionale.</p>
3	Piano Sanitario Regionale (da PSSR)	<p>Al momento è in vigore il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014, in ottica di riorganizzazione della rete ospedaliera e del servizio emergenza-urgenza prevede la redistribuzione dei posti letto nelle diverse aree vaste, la nascita della Case della Salute, il riassetto e lo sviluppo della rete assistenziale residenziale e semiresidenziale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Equipe territoriali</b>, rappresenta la individuazione di uno strumento aggregativo funzionale di tutti i professionisti del territorio secondo un “bacino di utenza” e una specifica area geografica, che definisce nel territorio il nodo della rete della medicina generale. In tal modo, nella sua funzione di nodo di rete, si costituisce come articolazione funzionale territoriale del Distretto, a cui devono partecipare tutti i medici convenzionati (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali interni) ed in prospettiva più ampia, i professionisti che a vario titolo contribuiscono con specifiche competenze alla tutela e promozione della salute dei cittadini.</li> <li>• <b>Case della Salute</b> nominate sia nel PSR 2010-2012 sia nel 2012-2014, percorsi per definire le competenze e la strutturazione della Casa della salute sono stati definiti dalla DGR 273/08, tenendo presenti sia i vincoli di progettazione nazionali che la variabilità dei territori da servire e quindi la necessaria flessibilità del modello rispetto alla diversità della domanda.</li> <li>• Il sistema dei servizi <b>residenziali e semiresidenziali per gli anziani</b> della regione Marche fa riferimento alle due leggi regionali di autorizzazione e accreditamento: sanitaria (L.R. 20/00) e sociale (L.R. 20/02).</li> <li>• <b>Hospice</b>: La regione ha predisposto una normativa specifica per quanto riguarda l'accreditamento degli hospice, specificandone i requisiti minimi nel Manuale di Accredimento (“Sistema e requisiti per l'accreditamento delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private della regione Marche”), ai sensi della LR n. 20 del 16 marzo 2000 “Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”.</li> </ul>
4	Spesa sanitaria e spending review  (Sito del Ministero della Salute e istat-censimento 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione con Piano di Rientro: NO</li> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: € 1.794</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: € 190</li> <li>• Spesa sanitaria totale: €2.811 milioni</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: € 101</li> <li>• Secondo i tagli previsti dalla spending review la regione Marche per adeguarsi agli standard di riferimento italiani fissati dalla spending review dovrà ridurre 426 (-8%) p.l. per acuti, mentre verranno attivati 326 (+40%) posti letto per post-</li> </ul>

		acuti, rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%.
5	Indicatori di efficienza ( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 5,16%</li> <li>● Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 52,34%</li> <li>● Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 19,39%</li> <li>● Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 153,12</li> </ul>
6	Associazionismo Medico (da istat-censimento 2011, PSSR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n. MMG: 1.266</li> <li>● n. assistiti per MMG : 1.084 ( media nazionale 1.133)</li> <li>● n. PLS: 180</li> <li>● n. assistiti PLS: 893 (media nazionale 856,88)</li> <li>● associazionismo: n.d.</li> </ul>
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute (sito ASUR)	Non si hanno informazioni circa l'associazionismo dei medici, l'unica Casa della salute di cui si ha notizia è la Casa della Salute di Urbania.
8	Cure Intermedie (da sito ministero della salute, sito ASR lombardia, rapporto Istat sanità)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Le 324 unità di offerta attive di strutture residenziali e semiresidenziali al 31/12/2010 si distribuiscono in modo abbastanza diversificato rispetto: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ all'area di riferimento, perché in quella sociale si concentra l'87% delle strutture;</li> <li>◦ al “regime” di accoglienza, dove il “residenziale” raggiunge il 91% del totale;</li> <li>◦ alla “titolarità”, con una prevalenza della “pubblica” (oltre il 73%) sia nell'area sanitaria che in quella sociale.</li> </ul> </li> <li>● Dal sito del Ministero della salute risultano attive 6 strutture di Hospice per un totale di 59 posti letto.</li> <li>● Secondo il più recente rapporto Istat i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi il 31 dicembre 2010 dispongono complessivamente di 11.454 posti letto di cui 7.510 per un target anziano.</li> </ul>
9	Assistenza domiciliare	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'assistenza domiciliare in Umbria è fornita dal 59,8% dei comuni per i disabili e dal 76,8% per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 70% e del 89,9% del fabbisogno territoriale.</li> </ul>

	( da <i>istat-censimento 2011, sito Saluter, dati istat – adi 2012</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 10.563 su un totale di popolazione anziana <math>\geq</math> di 65 anni pari 351.549 unità, coprendo pertanto il 3% della popolazione anziana.</li> </ul>
10	<p>Digitalizzazione e tecnologie abilitanti</p> <p>(da sito ASUR, e rapporto <i>Innovazione nell'Italia delle Regioni 2012 – CISIS</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cup: è attivo un numero verde al quale effettuare le prenotazioni. Il call center non è abilitato a rilasciare prenotazioni per TAC, colonscopia e gastroscopia, MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata) e risonanza magnetica, in quanto tali prestazioni richiedono specifiche preparazioni per la loro esecuzione. Queste prenotazioni continuano ad essere effettuate presso gli sportelli.</li> <li>• Referti on line: è possibile consultare i referti on line tramite il sito regionale tranne che per la zona territoriale di Pesaro.</li> <li>• Ricette elettroniche: n.d.</li> <li>• FSE: dal rapporto del CISIS del 2012 nelle Marche il FSE è in sperimentazione.</li> <li>• Progetti telemedicina: n.d.</li> </ul>
11	<p>Monitoraggio LEA</p> <p>(da <i>Rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute</i>)</p>	<p>Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori presentata nel Rapporto di monitoraggio 2011 dei LEA, la Regione Umbria, con un punteggio pari a 153 (range -25 – 225), si colloca in una situazione "adempiente".</p> <p>Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 74, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82.</p>
12	<p>Empowerment del cittadino</p> <p>(dal sito <i>Università Bocconi - Osservatorio sul patient web empowerment; da PSSR</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient web empowerment indicator (PWEI) in Umbria, riferito all'anno 2012, si attesta a 2,43, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto.</li> <li>• Per quanto riguarda il triennio 2012-2014 si ribadisce per il SSR della Regione Marche la rilevanza strategica del coinvolgimento dei cittadini alla realizzazione del diritto alla salute, secondo i principi di equità, accessibilità ed efficacia. La partecipazione dei cittadini rappresenta il presupposto fondamentale di una politica sanitaria che pone il cittadino al centro del sistema. La qualità dell'assistenza sanitaria deve pertanto essere sempre più legata al coinvolgimento attivo dei cittadini e delle loro associazioni sia nella fase di programmazione dei servizi che di valutazione della qualità delle prestazioni.</li> </ul>

Regione Molise																																																					
Dati aggiornati al 30 novembre 2013																																																					
1	Popolazione e Territorio ( da sito istat-censimento 2011)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dato regionale</th> <th>Dato nazionale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numero Abitanti</td> <td>320'005</td> <td>20°</td> </tr> <tr> <td>% della popolazione italiana</td> <td>0,53%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Densità per Km<sup>2</sup></td> <td>72,19</td> <td>media 192,03</td> </tr> <tr> <td>Superficie</td> <td>4'433 Km<sup>2</sup></td> <td>media 14.351 Km<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>n. province</td> <td>2</td> <td>112</td> </tr> <tr> <td>n. comuni</td> <td>136</td> <td>8.425</td> </tr> <tr> <td>% popolazione 0-14</td> <td>12,5%</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 65</td> <td>21,9%</td> <td>20,3%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 85</td> <td>3,39%</td> <td>2,76%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza</td> <td>52%</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza anziani</td> <td>33%</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>numero componenti nucleo familiare</td> <td>2,5</td> <td>2,44</td> </tr> <tr> <td>% anziani soli</td> <td>30,03%</td> <td>28,09%</td> </tr> <tr> <td>% famiglie +5 componenti</td> <td>5,6%</td> <td>4,34%</td> </tr> <tr> <td>reddito medio pro capite</td> <td>15.200€</td> <td>€ 19.660</td> </tr> <tr> <td>% persone con almeno una malattia cronica</td> <td>35,3%</td> <td>38,6%</td> </tr> </tbody> </table>		Dato regionale	Dato nazionale	Numero Abitanti	320'005	20°	% della popolazione italiana	0,53%		Densità per Km <sup>2</sup>	72,19	media 192,03	Superficie	4'433 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>	n. province	2	112	n. comuni	136	8.425	% popolazione 0-14	12,5%	14%	% popolazione over 65	21,9%	20,3%	% popolazione over 85	3,39%	2,76%	% indice dipendenza	52%	52%	% indice dipendenza anziani	33%	31%	numero componenti nucleo familiare	2,5	2,44	% anziani soli	30,03%	28,09%	% famiglie +5 componenti	5,6%	4,34%	reddito medio pro capite	15.200€	€ 19.660	% persone con almeno una malattia cronica	35,3%	38,6%
			Dato regionale	Dato nazionale																																																	
		Numero Abitanti	320'005	20°																																																	
		% della popolazione italiana	0,53%																																																		
		Densità per Km <sup>2</sup>	72,19	media 192,03																																																	
		Superficie	4'433 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>																																																	
		n. province	2	112																																																	
		n. comuni	136	8.425																																																	
		% popolazione 0-14	12,5%	14%																																																	
		% popolazione over 65	21,9%	20,3%																																																	
		% popolazione over 85	3,39%	2,76%																																																	
		% indice dipendenza	52%	52%																																																	
		% indice dipendenza anziani	33%	31%																																																	
		numero componenti nucleo familiare	2,5	2,44																																																	
		% anziani soli	30,03%	28,09%																																																	
% famiglie +5 componenti	5,6%	4,34%																																																			
reddito medio pro capite	15.200€	€ 19.660																																																			
% persone con almeno una malattia cronica	35,3%	38,6%																																																			
2	Organizzazione regionale ( da siti ufficiali regione Molise e quaderni monitor 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessore alla Sanità</li> <li>• Direzione generale per la Salute</li> <li>• Servizio Assistenza Territoriale</li> <li>• Servizio Socio-Assistenziale</li> <li>• n. 1 Azienda Sanitaria (ASREM)</li> <li>• n. 4 Zone Territoriali</li> <li>• n. 13 Distretti                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenti medio di ogni distretto è pari a 24'616 (la media nazionale è pari a 85.670),</li> <li>○ la superficie di competenza del distretto è tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 16,7% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 83,3% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a km<sup>2</sup> 413, la regione ha più del 80% dei Distretti con una superficie di competenza maggiore della media nazionale.</li> </ul> </li> </ul>																																																			
3	Piano Sanitario Regionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano Sanitario Regionale 2013-2015:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attualmente la Regione è dotata di 14 poliambulatori. I Poliambulatori, gestiti dai Distretti e presenti all'interno delle sedi distrettuali, saranno convertiti in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), conservando l'ubicazione originaria, nel prossimo triennio.</li> </ul> </li> </ul>																																																			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- I medici che non saranno impegnati nei PTA, saranno inseriti in programmi territoriali per la promozione dell'associazionismo, potenziando conseguentemente le equipie territoriali (art. 15 DPR 271/2000) con la partecipazione attiva dell'ufficio di coordinamento delle attività territoriali. Lo strumento dell'accordo decentrato regionale consentirà di dare finalmente seguito a quanto originariamente previsto e non realizzato.</li> <li>- Il Presidio Territoriale di Assistenza, attraverso modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale della struttura tra più professionisti, è deputato alla integrazione delle attività già svolte a livello distrettuale avvalendosi dell'impegno del MMG, del PLS, del Medico di Continuità assistenziale, degli Specialisti e del personale infermieristico e dei medici del 1181, in attività assistenziali svolte in spazi predestinati comuni e con impegno orario a garanzia della fruibilità dei servizi stessi e della risposta alle urgenze classificabili come "codice bianco".</li> <li>- In particolare il PTA deve:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o garantire una risposta ai bisogni sanitari afferenti all'assistenza primaria per almeno 12 ore al giorno; garantire il controllo dell'appropriatezza prescrittiva, farmaceutica e specialistica ambulatoriale (vedi intervento 3);</li> <li>o ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati e i ricoveri ripetuti fornendo una alternativa di diagnosi, cura e assistenza;</li> <li>o facilitare la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri;</li> <li>o fornire attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti del territorio e ospedalieri;</li> <li>o abbattere conseguentemente le liste di attesa.</li> </ul> </li> </ul>
4	<p>Spesa sanitaria e spending review (Sito del Ministero della Salute e istat-censimento 2011 e da L. 135/2012 art. 15 comma 13 – Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica - Spending review)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione con Piano di Rientro: Sì</li> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: 2085 €</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: 206,1€</li> <li>• Spesa sanitaria totale: 666 milioni di €</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 78,97€</li> <li>• Secondo quanto previsto dalla spending review in Molise, i posti letto per acuzie da chiudere sono 99 mentre i posti letto per pazienti post-acuti dovranno diminuire di 86 unità, con una variazione percentuale rispettivamente del -9% e del -26%, rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%. I posti letto dopo gli interventi:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- posti letto per acuti: 1'047</li> <li>- posti letto per post-acuti 244</li> <li>- posti letto totali 1'291</li> </ul> </li> </ul>
5	<p>Indicatori di efficienza ( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 4,64%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 81,43%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 28,54 %</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 188,31</li> </ul>

6	Associazionismo Medico ( da istat-censimento 2011, PSSR pubblicato sul sito altromolise)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 269</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1062 (media nazionale 1.133)</li> <li>• n. PLS: 37</li> <li>• n. assistiti PLS: 830 (media nazionale 856,88)</li> </ul> L'Accordo decentrato Regionale indica in n. 1 medico ogni 3.500 abitanti residenti.
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute	n.p.
8	Cure Intermedie ( da PSSR pubblicato sul sito altromolise, schede di dotazione territoriale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La residenzialità per gli anziani, ad oggi continua ad essere assicurata dalle diverse tipologie di residenze sociali, per una disponibilità complessiva di circa 1800 posti letto ( comunità alloggio, case di riposo, residenze protette) e da 4 istituzioni socio-assistenziali convenzionate con la Regione ai sensi del DPCM 8 agosto 1985 (primo atto di indirizzo e coordinamento in materia sociosanitaria).</li> <li>• Una sola RSA privata accreditata, quella di Castel del Giudice, mette a disposizione 20 posti letto. E' recente l'attivazione di ulteriori 20 posti letto presso la RSA pubblica di Larino e sono in fase di definizione le procedure per l'attivazione di due moduli da 40 posti individuati presso gli stabilimenti ospedalieri di Venafro e Agnone.</li> <li>• Il territorio ha costruito, nel tempo, una rete ancora sottile, ma importante, di rapporti con il terzo settore, con le famiglie e con le strutture esistenti con esperienze di supporto alle persone fragili e non autosufficienti che aspettano di essere valorizzate e portate a completamento.</li> </ul>
9	Assistenza domiciliare ( da istat-censimento 2011, dati istat – adi 2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza domiciliare in Emilia-Romagna è fornita dal 54,4% dei comuni per i disabili e dal 75% per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 71,4% e del 70,3% del fabbisogno territoriale.</li> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 2.722 su un totale di popolazione anziana &gt;= di 65 anni pari 70.081 unità, coprendo pertanto il 3,9% della popolazione anziana.</li> </ul>
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti (sito della Regione)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE: in corso di realizzazione</li> <li>• CUP: attivato</li> <li>• Referti on line: in sperimentazione</li> <li>• Progetti Telemedicina/Teleassistenza: NP</li> </ul>
11	Monitoraggio LEA (da Rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori presentata nel Rapporto di monitoraggio 2011 dei LEA, la Regione Emilia Romagna, con un punteggio pari a 142 (range - 25 – 225), si colloca in una situazione "adempiente".</li> <li>• Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 79, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82.</li> </ul>
12	Empowerment del cittadino	n.p.



Regione Piemonte				
Dati aggiornati al 30 novembre 2013				
1	Popolazione e Territorio ( da sito istat-censimento 2011)		Dato regionale	Dato nazionale
		Numero Abitanti	4'451'783	6°
		% della popolazione italiana	7,4%	-
		Densità per Km <sup>2</sup>	175,5	192,03
		Superficie	25.402 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>
		n. province	8	112
		n. comuni	1'206	8.425
		% popolazione 0-14	12,9 %	14%
		% popolazione over 65	22,9 %	20,3%
		% popolazione over 85	3,04 %	2,76%
		% indice dipendenza	56%	52%
		% indice dipendenza anziani	36%	31%
		numero componenti nucleo familiare	2,25	2,44
		% anziani soli	29,96%	28,09%
		% famiglie +5 componenti	3,42%	4,34%
		reddito medio pro capite	20'870 €	€ 19.660
		% persone con almeno una malattia cronica	40,1 %	38,6%
2	Organizzazione regionale ( da siti ufficiali regione Piemonte e quaderni di monitor 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assessore alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia</li> <li>DIREZIONE REGIONALE 20 (DB2000) a cui compete: l'assistenza tecnica alla Giunta Regionale per l'esercizio delle funzioni di programmazione sanitaria, la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, il monitoraggio e la verifica sulla realizzazione dei programmi stessi nonché l'attività di coordinamento ed indirizzo ai Settori</li> <li>Settore: ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI OSPEDALIERI E TERRITORIALI Compete al Settore, nel rispetto dell'indirizzo della Direzione Regionale ed in conformità con gli obiettivi fissati dagli Organi di Governo, lo svolgimento delle attività in materia di: sviluppo del sistema di cure primarie e sua integrazione con il sistema dei servizi territoriali; organizzazione attività distrettuali; definizione pareri ex art. 8ter d. leg.vo 502/92 in area sanitaria e socio sanitaria in raccordo con la definizione dei fabbisogni previsti nell'ambito delle attività del settore pianificazione e assetto istituzionale del S.S.R; organizzazione delle reti dei servizi dedicati alle</li> </ul>		

		<p>diverse discipline o tipologie di patologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. 6 Federazioni Sovrazionali</li> <li>• n. 12 Unità Locali Socio Sanitarie (ASL)</li> <li>• n. 62 Distretti sanitari</li> <li>• il bacino di utenti medio di ogni distretto è pari a 71'803 (85.670 a livello Nazionale)</li> <li>• la superficie di competenza del distretto è in media pari a 409,7 km<sup>2</sup> valore simile alla media italiana che è pari a 413 km<sup>2</sup>, in particolare i distretti con superficie &lt;140 km<sup>2</sup> nel 32,4% , tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 23,5%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 17,6% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 26,5% dei distretti.</li> </ul>
3	Piano Sanitario Regionale	<p>Il piano sanitario in vigore ad oggi e di pertinenze del triennio 2012 – 2015 ha quattro pilastri fondamentali:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 appropriatezza</li> <li>2 riorganizzazione del sistema</li> <li>3 integrazione sociosanitaria</li> <li>4 efficientamento</li> </ol> <p>Nel PSR vengono elencati i quattro obiettivi che si desidera raggiungere:</p> <p>1 APPROPRIATEZZA (delle prestazioni e delle modalità di erogazione) ossia la realizzazione del passaggio dalla spesa storica ai costi standard da ottenere inserendo indicatori di efficienza, efficacia, appropriatezza, qualità delle prestazioni, condivisi tra Regioni e governo, anche allo scopo della trasparenza organizzativa.</p> <p>Provvedimenti per ridurre le liste d'attesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei medici</li> <li>- elaborazione di un Sovracup web per prenotare da casa le prestazioni</li> <li>- estensione a tutte le aziende sanitarie piemontesi del Contact Center (già in uso per il Sovracup della provincia di Torino).</li> <li>- introduzione sistema recall per ricordare al paziente l'appuntamento qualche giorno prima</li> </ul> <p>2 RIORGANIZZAZIONE che prevede la razionalizzazione delle aree di maggior costo e inappropriatazza identificate con gli ospedali, revisione della rete ospedaliera inserendo gli ospedali in un'unica rete ospedaliera funzionalmente integrata con diversificazione dei centri e attribuzione di competenze per evitare dispendiose duplicazioni e sovrapposizioni di attività.</p> <p>Riordino funzionale organizzativo dei presidi ospedalieri secondo l'intensità di cura e la complessità delle prestazioni tramite:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) concentrazione di tecnologia e innovazione in ospedali di riferimento</li> <li>b) ospedali cardine per risposta ad acuzie frequenti</li> <li>c) ospedali di territorio (prestazioni diagnostiche e terapeutiche di base, diffuse e di bassa intensità).</li> </ol>

		<p>Rafforzamento della medicina territoriale, di base e specialistica e del post-acuzie per ridurre l'uso improprio del ricovero ospedaliero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- riconversione delle strutture inidonee o a basso livello di utilizzazione territoriale in strutture di lungodegenza/riabilitazione o Centri di Assistenza Primari/poliambulatori</li> <li>- rafforzamento del ruolo dei distretti socio-sanitari</li> <li>- rafforzamento della collaborazione pubblico-privato con il coinvolgimento nei servizi alla persona delle associazioni del terzo settore accreditate</li> <li>- potenziamento delle strutture e dei mezzi del 118, anche secondo le incrementate necessità previste dalla mobilitazione dei pazienti verso i presidi a più alta intensità di cura.</li> </ul> <p><b>3 INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA</b> Cambiamento del modello organizzativo e funzionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prevenzione e assistenza primaria diventa competenza solo dei distretti delle Asl</li> <li>- L'assistenza sanitaria specialistica: compete ad Aziende ospedaliere /Aziende ospedaliere universitarie e presidi ospedalieri delle Asl</li> </ul> <p>Per assicurare la continuità assistenziale, si prevede il rafforzamento dell' integrazione tra ospedale e territorio anche attraverso il consolidamento delle relazioni fra specialisti ospedalieri e quelli sul territorio.</p> <p>Per quanto riguarda i servizi di assistenza primaria si prevede il potenziamento dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per anziani, disabili, malati di mente, tossicodipendenti al fine di abbattere le liste d'attesa di queste prestazioni. Si prevede inoltre di sviluppare le strutture extraospedaliere di continuità assistenziale e un risparmio di risorse grazie ad un più efficiente impiego di risorse a livello di assistenza ospedaliera.</p> <p><b>4 EFFICIENTAMENTO</b> del sistema acquisti-logistica, attraverso l'aggregazione della funzione a livello interaziendale (Federazioni Sovrazionali).</p> <p>Inoltre si prevede di creare un sistema informativo sanitario regionale unico per il controllo di gestione e governo clinico; gli strumenti informatici collegati a tale sistema sono: il fascicolo sanitario elettronico del paziente, la dematerializzazione dei referti, la piattaforma info-telematica per l'accesso a servizi amministrativi come prenotazioni, acquisizione referti, pagamenti ticket</p>
4	<p>Spesa sanitaria e spending review ( Sito del Ministero della Salute e da <i>istat-censimento 2011 e da L.135/2012 art. 15 comma 13- Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica- Spending Review</i> )</p>	<p><b>Regione con Piano di Rientro: Sì</b> Il 2012 si è chiuso con un disavanzo da coprire di 861,615 milioni di euro, e nel 2013 la previsione è di ulteriori 113 milioni di disavanzo. La copertura da parte della Regione c'è stata e sono stati raggiunti in questo modo circa 2 milioni di avanzo.</p> <p><b>Gli adempimenti strutturali</b> Per il Piemonte il Tavolo di monitoraggio rileva incoerenze nella determinazione dei posti letto, ritardi nell'attivazione dei trasporti «secondari urgenti» che fanno capo al 118, la necessità di prevedere una revisione complessiva delle norme regionali per l'accreditamento e quella di bloccare del tutto i livelli aggiuntivi di assistenza perché violano «il principio di</p>

		<p>contenimento della spesa pubblica sanitaria quale principio di coordinamento della finanza pubblica».</p> <p>Spesa Sanitaria pro capite: 1864 €          Spesa lorda pro capite per farmaci: 182 €          Spesa sanitaria totale: 1'753 milioni di €          Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 84,69 €</p> <p>Secondo la spending review il Piemonte dovrà ridurre di 843 il numero di posti letto, il numero di posti letto per acuti dovrà aumentare di 449 unità (+3,3%) mentre dovranno essere chiusi posti letto per riguarda i posti letto per post acuti che dovranno diminuire di 1292 (-28%), a differenza degli effetti a livello nazionale della spending review che prevedono una riduzione del 7% dei posti letto per acuti e un aumento del 18,5% dei posti letto per post acuti.</p>
5	<p>Indicatori di efficienza ( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 7,54%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 22,46 %</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 20,14%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 148,65</li> </ul>
6	<p>Associazionismo Medico ( da istat-censimento 2011, PSSR, altri documenti di programmazione sanitaria)</p>	<p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 3'430</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1'146</li> <li>• n. PLS: 444</li> <li>• n. assistiti PLS: 914 (media nazionale 856,88)</li> </ul> <p>Il 31% dei medici di medicina generale è in gruppo e 30% in rete.</p> <p><b>CAP (Centro di Assistenza Primario)</b>          Nei CAP lavorano in équipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);</li> <li>• medici di continuità assistenziale;</li> <li>• medici della medicina dei servizi;</li> <li>• dirigenti medici - organizzazione dei servizi sanitari territoriali (dipendenti ASL);</li> <li>• specialisti di aziende sanitarie (convenzionati interni o dipendenti ospedalieri), in relazione a percorsi concordati, delle aree individuate;</li> <li>• assistenti sociali (in relazione funzionale con gli enti gestori dei servizi socioassistenziali) messi a disposizione dall'ASL</li> </ul>

		<p>o dagli enti gestori dei servizi socio assistenziali;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• infermieri, tecnici sanitari, operatori socio sanitari messi a disposizione dall'ASL;</li> <li>• personale amministrativo messo a disposizione dall'ASL;</li> <li>• personale tecnico non sanitario (autisti, centralinisti, portieri...) messo a disposizione dall'ASL.</li> </ul> <p>Il CAP rappresenta una porta di ingresso ed un nodo di raccordo dei servizi distrettuali con le aree Anziani, Materno infantile, della Salute mentale e delle Dipendenze.</p> <p>La sede del CAP è il punto di riferimento dei medici di medicina generale di ciascun distretto (o ambito sub distrettuale), dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti convenzionati interni, nell'ambito delle varie forme di articolazione organizzative previste dai relativi accordi, dei medici dipendenti e dei medici di continuità assistenziale ed è polo operativo della continuità assistenziale all'interno del distretto.</p> <p>I medici, pur mantenendo il proprio ambulatorio, svolgono a turno parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura, in modo da garantire una copertura dell'assistenza sanitaria nell'arco della giornata di dodici ore nei giorni feriali e sei ore nei pre-festivi, articolata in base alle esigenze dei bacini di utenza dei singoli CAP, in integrazione con i medici di continuità assistenziale, secondo la normativa attuale. Tutti i MMG/PLS del distretto, organizzati in rete, gruppi o gruppi di cure primarie, fanno riferimento ai CAP.</p> <p>L'attività del CAP è integrata con quella del Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica), presente nel presidio sanitario nei giorni infrasettimanali: dalle ore 20.00 alle ore 8.00; il sabato: dalle ore 10.00 alle ore 8.00 di domenica; domenica: dalle 8.00 alle 8.00 di lunedì mattina, oltre che con i servizi di diagnosi e cura (Radiologia; Centro prelievi) e gli ambulatori specialistici ospedalieri e territoriali attivi sul Presidio e sulla vicina sede distrettuale.</p> <p>Strutture attive</p> <p>Il primo CAP ad essere aperto, a dicembre 2012, è stato quello di Arona: il CAP è aperto all'utenza per 7 giorni settimanali su 7 nelle seguenti fasce orarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dal lunedì al venerdì continuativamente durante l'arco della giornata dalle ore 8 alle ore 20, con la presenza del Medico di Medicina Generale;</li> <li>• il Sabato dalle ore 14 alle 20, con la presenza del Medico di Medicina generale e del Pediatra di Libera scelta</li> <li>• la Domenica e festivi dalle ore 14 alle 20, con la presenza del Medico di Medicina Generale.</li> </ul> <p>Altri progetti:          PROTOCAP a Santhià (ASL di Vercelli)          CAP Fossano          CAP di Canelli e CAP di Nizza (ASL di Asti)</p>
7	Unità complessa di Cure Primarie-Casa della Salute	La casa della salute rappresenta una articolazione organizzata del SSR all'interno del distretto, i servizi presenti all'interno assistono nel territorio circa 10'000 abitanti.

		<p>Nella stessa sede sono presenti operatori sanitari e sociali che garantiscono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lo sportello amministrativo</li> <li>• assistenza infermieristica Assistenza sanitaria infermieristica ambulatoriale e centri prelievo</li> <li>• Cure domiciliari</li> <li>• Vaccinazioni</li> <li>• Servizio Igiene e Sanità Pubblica: vaccinazioni il primo e il terzo giovedì del mese e campagne vaccinali specifiche.</li> <li>• Medicina Legale: Ambulatorio di Medicina legale: giovedì dalle 9.00 alle 10.30;</li> <li>• Consultorio familiare</li> <li>• Recupero e Riabilitazione Funzionale : Prestazioni di fisioterapia e di logopedia previa visita specialistica del fisiatra o neuropsichiatra prescritta dal medico curante.</li> <li>• Neuropsichiatria Infantile</li> <li>• Medici specialisti ambulatoriali di: chirurgia, dermatologia, diagn. ecografica, neurologia, odontoiatria, otorinolaringoiatria, pneumologia, urologia, diabetologia</li> </ul> <p>All'interno dei servizi della Casa della Salute è presente il <b>Country Hospital</b>, il cui ruolo è rispondere alla necessità di affrontare in modo più appropriato ed efficace i bisogni di salute degli assistiti – prevalentemente anziani – i quali, a giudizio del medico curante, sono affetti da patologie in atto che, pur non necessitando della complessità del secondo livello assistenziale (Ospedale per acuti), difficilmente possono essere risolte in ambito domiciliare (Cure Domiciliari) in considerazione delle particolari condizioni di fragilità sanitaria o sociale. Il Country Hospital è dotato di posti letto.</p> <p><b>Casa della salute (di Varallo)</b></p>
7	<p>Cure Intermedie ( da PSSR, sito regione veneto, schede di dotazione territoriale)</p>	<p>La D.G.R. n. 13- 1439 del 28 gennaio 2011 “Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3', 2' e 1' livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria”, ha approvato i criteri per la realizzazione di strutture extraospedaliere di continuità assistenziale a valenza sanitaria.</p> <p>La tipologia di pazienti a cui queste strutture extraospedaliere sono destinate sono:</p> <p>a. Pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio o in RSA per problemi socioambientali o socio-familiari – (max gg. 30 + 30).</p> <p>c. Pazienti ultra 65 anni con problematiche clinico-assistenziali e funzionali di significativa rilevanza , che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari- ( gg. 30 + 30*).</p>

		<p>d. Pazienti ultra 65 anni con disabilità motorie di grado moderato che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari – (max gg.30.)</p> <p>e. Pazienti con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio- assistenziali (tipo ricoveri di sollievo).(max gg 30).</p> <p>f. Pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio o in RSA per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max. gg. 30 + 30).</p> <p>Il ricorso a tale funzione deve essere conseguente all’attuazione di specifici percorsi da definire in stretta continuità con l’area ospedaliera e quella territoriale, nell’ottica della realizzazione di un “ponte” tra il settore sanitario e quello socio-assistenziale.</p> <p>L’attivazione di tale funzione potrà avvenire mediante la riconversione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- di posti letto convenzionati, attualmente dedicati all’assistenza residenziale (R.S.A.) nelle tipologie previste dalla D.G.R. 30 luglio 2012, n. 45-4248 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni”;</li> <li>- di posti letto convenzionati, attualmente dedicati all’assistenza ex art. 26 delle legge 833/78;</li> <li>- di posti letto delle Case di Cura accreditate, codici 56 e 60, disattivati per effetto delle disposizioni previste dall’articolo 15, comma 13 lettera c) della legge 135/2012, con contestuale riduzione di pari numero di posti letto convenzionati nelle RSA.</li> </ul> <p>RSA E HOSPICE</p> <p>Il totale dei presidi residenziali è 1’251, totale di posti letto è 43’485, minori 1178, adulti 5397, anziani autosufficienti 12680, anziani non autosufficienti 23’599.</p> <p><u>Dal 1° ottobre saranno introdotte graduali modifiche per le tariffe delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti. Lo prevede la delibera approvata dalla Giunta regionale nell’ultima riunione.</u></p> <p>Il numero di hospice presenti in Piemonte è pari a 13 per un totale di posti letto pari a 142.</p> <p>Country hospital all’interno della Casa della Salute di Varallo</p> <p>Si trova all’interno della Casa della Salute di Varallo, accoglie pazienti che non necessitano della complessità del secondo livello assistenziale (Ospedale per acuti) ma che, poiché si trovano in condizioni di fragilità sanitaria o sociale, non possono essere assistiti in ambito domiciliare (Cure Domiciliari).</p> <p>Il Country Hospital é dotato di n. 10 posti letto.</p> <p>Gli assistiti ricoverabili sono: Pazienti, residenti nell’ambito del Distretto della Valsesia, in condizioni di fragilità sanitaria (pazienti anche temporaneamente non autosufficienti) o sociale (solitudine, condizioni abitative e ambientali inadeguate),</p>
--	--	---



		<p>affetti da patologie: post-acute in via di stabilizzazione; croniche in fase di riacutizzazione; In particolare: BPCO riacutizzata e broncopolmoniti non complicate; postumi di ictus cerebri ( con consulenza fisiatrica eseguita); frattura del femore - riabilitazione ( con consulenza fisiatrica eseguita); sindrome da immobilizzazione (quando sia insorta da poco e sia prevedibile il recupero); altre patologie acute, post-acute o croniche riacutizzate di particolare impegno anche temporaneamente invalidanti, non curabili al domicilio. Modalità di ricovero: I ricoveri sono sempre programmati e devono essere richiesti dal medico di famiglia. Gli operatori sono: Medici di famiglia, Direttore e Dirigente Medico del Distretto, Caposala, Infermieri, Fisioterapista Coordinatore, Fisioterapisti, OTA, altro personale addetto all'assistenza, Medici specialisti dipendenti o convenzionati, Assistente Sociale, Medici del Servizio di Continuità Assistenziale e del Servizio di Emergenza territoriale 118.</p>
9	<p>Assistenza Domiciliare ( da istat censimento-2011 e PSSR))</p>	<p>Assistenza domiciliare integrata è stata garantita a 30'069 cittadini nel 2011, la percentuale di comuni che offrono assistenza domiciliare ai disabili è pari a 83,7 con una copertura territoriale di 68,9. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare agli anziani, la percentuale di comuni che la offrono è pari a 92 con una copertura a livello territoriale di 96,2. (DATI ISTAT).</p> <p>Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 21'656, su un totale della popolazione con età &gt;= a 65 anni pari a 1'019'458, coprendo pertanto il 2% della popolazione anziana. L'obiettivo enunciato nel PSR è una maggiore qualificazione di questa tipologia assistenziale, attraverso la presa in carico di casi di maggiore impegno sanitario. A parità di casi trattati, pari a circa 56.000 soggetti/anno, si desidera modificare il mix relativo al livello di intensità del servizio come segue:</p> <p>a) 10.000 casi di elevata intensità; b) 6.000 casi di medio-alta intensità; c) 40.000 casi di bassa intensità;</p> <p>La sperimentazione del Progetto “SOD – Sostegno domiciliare” per pazienti anziani difficilmente dimissibili dagli ospedali all'interno dell'ASL TO 2 prevede l'erogazione di interventi domiciliari di sostegno e aiuto domestico familiare, sviluppato in base ai bisogni individuati, sia per durata sia per articolazione settimanale, prevedendo all'occorrenza sostegno anche 7 giorni su 7. A totale carico dell'ASL, senza alcun contributo da parte del Cittadino, il SOD, dopo una fase sperimentale effettuata dal 15 luglio 2012 al 15 gennaio 2013, è ora a regime all'ASL TO 2 con 200 Pazienti seguiti sinora mediante interventi svolti da un Operatore Socio Sanitario e/o da un assistente familiare, definiti con un apposito Piano di Assistenza Personalizzato</p>
10	<p>Digitalizzazione e tecnologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE sì (sito RUPAR Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione in Piemonte)</li> </ul>

	abilitanti (sito della Regione)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CUP/refertazione CUP presente in ogni ASL, è stato creato inoltre SOVRACUP unificato tra le ASL torinesi</li> <li>• Ricetta Digitale/ Rete dei medici: Sì (Approvato a Maggio 2013 il protocollo d'intesa tra la Regione e le OOSS Mediche di categoria per realizzazione del Progetto Medici in Rete (Ricetta Elettronica) e quelli previsti dal DM 2 novembre 2011 per la realizzazione del Progetto Ricetta Dematerializzata. In base all'accordo, la Regione metterà a disposizione dei medici lo specifico servizio del sistema informativo sanitario regionale secondo modalità che sono state definite e che fanno parte integrante dell'accordo. Il progetto di ricetta dematerializzata, il periodo di sperimentazione inizierà entro l'estate e riguarderà circa 100 professionisti. Gli effetti economici saranno riconosciuti dal 1° gennaio 2014.</li> <li>• Progetti Telemedicina/Teleassistenza:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Telemedicina nel Verbano Cusio Ossola: Avviato un servizio di telemedicina che permetterà di seguire e assistere in tempo reale i pazienti cronici residenti sul territorio del Verbano Cusio Ossola, affetti da 4 patologie diverse: scompenso cardiaco, diabete, broncopneumopatia e malattie oncologiche.</li> <li>○ Progetto di telemedicina nella ASL Torino 3 (marzo-aprile 2013: centrale operava ad Avigliana) Tutte rilevazioni che vengono effettuate dagli operatori in tempo reale ed inviate, senza spostare minimamente il paziente, alla centrale operativa ad Avigliana dove a sua volta in tempo reale vengono caricati i dati nella cartella clinica digitale cosa che a sua volta ne consentirà l'invio in lettura agli specialisti, ai medici di famiglia ecc. L'innovazione è costituita anche dal fatto che in precedenti esperienze di telemedicina le attrezzature venivano lasciate in dotazione al paziente con maggiori costi aziendali e maggiore impegno richiesto alle famiglie, e inoltre dal fatto che viene costituita una piattaforma dati che grazie all'intermediazione degli operatori sanitari perviene agli specialisti in tempo reale riducendo i tempi di comunicazione e di risposta assistenziale. E' prevista una fase iniziale nella quale verranno presi in carico dal nuovo sistema i primi 20 pazienti seguiti dai servizi territoriali, poi progressivamente i pazienti coinvolti nel progetto di telemedicina verranno ampliati tenuto conto che i cittadini ultrasessantacinquenni nell'ASL TO3 sono ben 120 mila mentre gli anziani oggi seguiti dai servizi territoriali sono circa 11.000.</li> </ul> </li> </ul>
11	Monitoraggio LEA <i>(da Rapporto monitoraggio 2011                  LEA pubblicato sul Sito                  Ministero della Salute)</i>	Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori pubblicata nel rapporto di monitoraggio dei LEA 2011, la Regione, con un punteggio pari a 170 (range -25 – 225), si colloca in una situazione "adempiente". Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 71 il punteggio minimo da raggiungere per essere adempienti è di 70/82 .  aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

		<p><b>INADEMPIENTE</b></p> <p>La Regione comunica di non aver adottato nessun specifico provvedimento di recepimento delle Linee Guida nazionali di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011. Dalla documentazione trasmessa si evince infatti che la Regione sta progettando il Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica (SIRSE) attraverso il quale realizza infrastrutture e sistemi informativi regionali ma non prevede la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.</p>
12	Empowerment del cittadino (dal sito Università Bocconi-Osservatorio sul patient web empowerment, PSR)	<p>Il Patient web empowerment indicator (PWEI) in Piemonte, riferito all'anno 2012, si attesta a 1,81, secondo quanto indicato nell'ultimo report.</p> <p>L'applicazione del PSSR 2012- 2015 prevede l'adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment, attraverso il rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il "controllo", riferito alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza;</li> <li>- la "consapevolezza critica", consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate;</li> <li>- la "partecipazione", attinente all'operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi.</li> </ul>

Provincia Bolzano					
Dati aggiornati al 30 novembre 2013					
1	Popolazione e Territorio <i>(da sito istat-censimento 2011)</i>		Dato regionale	Dato nazionale	
		Numero Abitanti	503.230	19°	
		% della popolazione italiana	0,88%		
		Densità per Km <sup>q</sup>	68,00	media 192,03	
		Superficie	7.400 Km <sup>q</sup>	media 14.351 Km <sup>q</sup>	
		n. province	1	112	
		n. comuni	116	8425	
		% popolazione 0-14	16,6%	14%	
		% popolazione over 65	18,0%	20,3%	
		% popolazione over 85	2,39%	2,76%	
		% indice dipendenza	53%	52%	
		% indice dipendenza anziani	28%	31%	
		numero componenti nucleo familiare	2,4	2,44	
		% anziani soli	30,42%	28,09%	
		% famiglie +5 componenti	6,76%	4,34%	
reddito medio pro capite	21.200€	€ 19.660			
% persone con almeno una malattia cronica	32,1%	38,6%			
2	Organizzazione regionale <i>(da siti ufficiali provincia e quaderni di monitor 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nella provincia di Bolzano è presente l'assessore alla salute e politiche sociali. Il dipartimento alla famiglia, sanità e politiche sociali è suddiviso in servizio sanità, al cui interno è presente l'ufficio distretti sanitari, e servizio famiglia e politiche sociali, al cui interno sono presenti il servizio per la valutazione della non autosufficienza, l'ufficio per persone con disabilità e l'ufficio per anziani e distretti sociali.</li> <li>• 1 n. Azienda Sanitaria dell'Alto Adige</li> <li>• 4 n. Comprensori</li> <li>• 20 n. Distretti sanitari:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 25.161 abitanti (la media nazionale è pari a 85.670)</li> <li>○ la superficie di competenza media del distretto è pari a 370 km<sup>2</sup> e con una distribuzione pari a &lt;140 km<sup>2</sup> nel 15,0% , tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 30%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 45% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 10% dei distretti. La media</li> </ul> </li> </ul>			

		<p>della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a kmq 413, la regione ha più del 10% dei Distretti con una superficie di competenza maggiore della media nazionale.</p>
3	Piano Sanitario Regionale	<p>L'ultimo Piano Sanitario Provinciale approvato copre gli anni 2000-2002. Nel 2006 è avvenuta, però, una riorganizzazione del sistema sanitario provinciale. Non sono presenti documenti più recenti.</p>
4	<p>Spesa sanitaria e spending review</p> <p><i>(Sito del Ministero della Salute e istat-censimento 2011)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione con Piano di Rientro: NO</li> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: € 2.206</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: € 149</li> <li>• Spesa sanitaria totale: €1.127 milioni</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: € 79,14</li> <li>• Secondo la Spending Review i posti letto da tagliare nella provincia di Bolzano sono 359 (-20%) per quanto riguarda le acuzie, mentre bisogna incrementare di 30 (+10%) unità i posti letto dedicati ai post-acuti rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%.</li> </ul>
5	<p>Indicatori di efficienza</p> <p><i>( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 4,55%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 32,31%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 26,65%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: n.d.</li> </ul>
6	<p>Associazionismo Medico</p> <p><i>(da istat-censimento 2011, sito asdaa.it, relazione sanitaria 2011, accordo 11 dicembre 2007)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 269</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1.583 ( media nazionale 1.133)</li> <li>• n. PLS: 55</li> <li>• n. assistiti PLS: 1029 (media nazionale 856,88)</li> <li>• associazionismo: in gruppo 69 MMG (26%), in rete 37 MMG (14%)</li> </ul> <p>Il decreto Balduzzi è ancora da recepire in ambito provinciale. Nell'accordo a livello provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 11 dicembre 2007 erano state identificate come forme aggregative innovative le équipes territoriali. Il Comprensorio può proporre autonomamente e/o su indicazione di medici aderenti alla medicina di gruppo in via sperimentale e con la partecipazione volontaria dei medici queste forme organizzative complesse innovative. Al 2011 si rileva che solo in 15 distretti sanitari su 20 è operante almeno un pediatra di libera scelta.</p>
8	<p>Cure Intermedie</p> <p><i>(da relazione sanitaria della provincia autonoma bz, sito ministero della salute, sito ASR lombardia, rapporto Istat)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza riabilitativa residenziale nella Provincia Autonoma di Bolzano viene erogata dal Centro Terapeutico Salus Center di Prissiano. I posti letto complessivi convenzionati per questa tipologia di assistenza riabilitativa ammontano nel 2011 a 110 unità, di cui 4 per la degenza in regime diurno.</li> <li>• Secondo i dati della direzione generale del sistema informativo del Ministero della Salute i p.l. residenziali nel 2010</li> </ul>

	<i>sanità)</i>	<p>erano 4.169 e quelli semiresidenziali 74 per un totale di 843 p.l. per 100.000 abitanti. Di questi il 91,2% fornisce assistenza agli anziani.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dal sito del Ministero della salute risultano attive 2 strutture di Hospice per un totale di 24 posti letto.</li> <li>• Secondo il più recente rapporto Istat i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi il 31 dicembre 2010 dispongono complessivamente di 6.152 posti letto di cui 4.022 per un target anziano.</li> </ul>
9	Assistenza domiciliare <i>(da istat censimento-2011, relazione sanitaria 2011, dati istat – adi 2012)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I dati sulla percentuale di comuni che offrono assistenza domiciliare ai disabili e agli anziani non sono disponibili anche se i servizi sono attivi.</li> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 396 su un totale di popolazione anziana <math>\geq</math> di 65 anni pari 90.581 unità, coprendo pertanto lo 0% della popolazione anziana.</li> <li>• Secondo la relazione sanitaria provinciale del 2011, però, il tasso di assistenza domiciliare integrata risulta per la Provincia pari a 12,8 ogni 10.000 abitanti. Il 51,1% dei medici di medicina generale della Provincia Autonoma di Bolzano è stato coinvolto nel 2011 in programmi di assistenza domiciliare integrata; mediamente su ogni paziente sono stati effettuati 3,5 interventi al mese, con l'apporto di diverse figure professionali. Il 67,9% dei pazienti seguiti in ADI presentava un'età superiore ai 75 anni</li> </ul>
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti <i>(da sito asdaa.it e rapporto Innovazione nell'Italia delle Regioni 2012 – CISIS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cup: attualmente possono essere prenotate a livello provinciale le prime visite di dermatologia, cardiologia, ORL e urologia.</li> <li>• Referti on line: n.d.</li> <li>◦ Ricetta elettronica/FSE: Il progetto pilota "SIS-FSE-ePRE" (Sistema Informativo Sanitario - Fascicolo sanitario Elettronico - Prescrizione Elettronica)" relativo all'invio elettronico di prescrizioni mediche e di documenti è stato avviato nel gennaio 2013 ed è stato completato con successo nei primi giorni di settembre 2013. Al progetto pilota hanno partecipato 24 medici di famiglia e pediatri di libera</li> <li>◦ Rete di medici: circa l' 80% dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta su tutto il territorio alto atesino (250 su 340) sono dotati di un software compatibile con il sistema "SIS-FSE-ePRE" e possono quindi collegarsi.</li> <li>• Progetti di telemedicina: n.d.</li> </ul>
11	Monitoraggio LEA	Il rapporto di monitoraggio dei LEA del 2011 non include i dati del Trentino-Alto Adige.

12	Empowerment del cittadino <i>(dal sito Università Bocconi - Osservatorio sul patient web empowerment; dal sito asdaa.it)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient web empowerment indicator (PWEI ) nella provincia di Bolzano, riferito all'anno 2012, si attesta a 1,13, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto .</li> <li>• Il ciclo di conferenze "med Vital" è organizzato, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, dalla Fondazione Vital per conto dell'Assessorato alla famiglia, sanità e politiche sociali. Ogni conferenza affronta importanti tematiche legate alla salute. Tutte le relazioni sono tenute con traduzione simultanea.</li> </ul>
----	--	--



Provincia Trento				
Dati aggiornati al 30 novembre 2013				
1	Popolazione e Territorio <i>(da sito istat-censimento 2011)</i>		Dato regionale	Dato nazionale
		Numero Abitanti	529.457	18°
		% della popolazione italiana	0,88%	
		Densità per Km <sup>q</sup>	85,30	media 192,03
		Superficie	6.207 Km <sup>q</sup>	media 14.351 Km <sup>q</sup>
		n. province	1	112
		n. comuni	217	8425
		% popolazione 0-14	15,5%	14%
		% popolazione over 65	19,4%	20,3%
		% popolazione over 85	2,97%	2,76%
		% indice dipendenza	54%	52%
		% indice dipendenza anziani	30%	31%
		numero componenti nucleo familiare	2,3	2,44
		% anziani soli	30,42%	28,09%
% famiglie +5 componenti	6,76%	4,34%		
reddito medio pro capite	20.300€	€ 19.660		
% persone con almeno una malattia cronica	36,1%	38,6%		
2	Organizzazione regionale <i>(da siti ufficiali regione e quaderni di monitor 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nella provincia di Trento è presente l'assessore alla salute e politiche sociali. Il servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza è all'interno del dipartimento Lavoro e Welfare.</li> <li>• 1 n. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</li> <li>• 4 n. Distretti Sanitari:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 132.364 abitanti (la media nazionale è pari a 85.670)</li> <li>○ la superficie di competenza del distretto è pari a 1551 km<sup>2</sup>, i dati di distribuzione non sono presenti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a mq 413, la regione ha praticamente il 100% dei Distretti con una superficie di competenza maggiore della media nazionale.</li> </ul> </li> </ul>		
3	Piano Sanitario Regionale <i>(da legge provinciale)</i>	Il Piano Sanitario più aggiornato è descritto dalla legge provinciale sulla tutela della salute (Legge provinciale 23 luglio 2010,		

	<i>n.16/2013, trentinosalute.net)</i> <i>sito</i>	<p>n. 16).</p> <p>E' stata firmata il giorno 12/09/13, dall'assessore alla salute e politiche sociali, dal direttore generale dell'Apss e dai rappresentanti sindacali dei medici di medicina generale, una modifica dell'Accordo provinciale del 2007. Questo atto, che in sostanza introduce nell'organizzazione del servizio sanitario trentino le novità della riforma Balduzzi, <i>prevede la costituzione di aggregazioni funzionali territoriali, ossia aggregazioni costituite da tutti i medici di assistenza primaria e dai medici di continuità assistenziale di una data zona, che assicureranno attività ambulatoriale presso una sede unica di riferimento, messa a disposizione dall'azienda sanitaria, riconoscibile da tutta la popolazione, nella quale sarà garantita la continuità dell'assistenza, a regime, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Entro 3 mesi sarà individuata la mappatura delle aggregazioni funzionali territoriali sul territorio provinciale. Nella fase iniziale sarà attivata una aggregazione in ciascun distretto sanitario. Entro il primo gennaio 2017 dovranno essere attivate e funzionanti tutte le aggregazioni funzionali territoriali (circa 25).</i></p>
4	Spesa sanitaria e spending review  <i>(Sito del Ministero della Salute e istat-censimento 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione con Piano di Rientro: NO</li> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: € 1.904</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: € 162,2</li> <li>• Spesa sanitaria totale: €1.024 milioni</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: € 140,5</li> <li>• Secondo i tagli previsti dalla spending review la provincia di Trento dovrà chiudere sia posti letto per acuti che per post-acuti per adeguarsi agli standard di riferimento italiani fissati dalla spending review. In particolare dovrebbero essere chiusi rispettivamente 218 (12%) e 152 (30%) posti letto, rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%.</li> </ul>
5	Indicatori di efficienza <i>(da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 8,35%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 48,1%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 19,4%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: n.d.</li> </ul>
6	Associazionismo Medico <i>(da istat-censimento 2011, siti USL)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 398</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1.116 ( media nazionale 1.133)</li> <li>• n. PLS: 79</li> <li>• n. assistiti PLS: 833 (media nazionale 856,88)</li> <li>• associazionismo: n.d.</li> </ul> <p>Al fine di migliorare le potenzialità assistenziali i MMG possono svolgere la propria attività in varie forme associative denominate medicina di gruppo e medicina in associazione, medicina di rete. Entro gennaio 2017 dovranno essere attive 25 AFT.</p>

8	<b>Cure Intermedie</b> <i>(da sito ministero della salute, sito trentinosalute.net, rapporto Istat sanità)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondo il sito trentinosalute.net le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) convenzionate con il Servizio sanitario provinciale sono 52 , distribuite capillarmente sull'intero territorio. A queste si aggiungono 3 nuclei di RSA a sede ospedaliera (RSAO) che hanno una dotazione complessiva di 67 posti letto e garantiscono 1,35 posti letto ogni 1.000 anziani ultrasettantacinquenni. La dotazione complessiva di posti letto in R.S.A. è di 4.293. L'offerta di residenzialità nelle RSA è caratterizzata al suo interno dalle seguenti tipologie di posti letto: Base (90%); Sollievo (46 p.l.); Urgenza; Nuclei ad alto fabbisogno assistenziale (315 posti letto pari al 7,3% dell'offerta complessiva); Nucleo in RSAO. Il giorno 23 agosto 2013 la Giunta provinciale ha approvato l'aggiornamento del Piano degli investimenti nel settore delle Rsa, per un investimento complessivo pari a 18.137.594,60 euro</li> <li>• Secondo i dati della direzione generale del sistema informativo del Ministero della Salute i p.l. residenziali nel 2010 erano 4.542 e quelli semiresidenziali 109 per un totale di 886 p.l. per 100.000 abitanti. Di questi il 94,3% fornisce assistenza agli anziani.</li> <li>• Dal sito del Ministero della salute risultano attive 2 strutture di Hospice per un totale di 15 posti letto.</li> <li>• Secondo il più recente rapporto Istat i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi il 31 dicembre 2010 dispongono complessivamente di 6.863 posti letto di cui 4.771 per un target anziano.</li> </ul>
9	<b>Assistenza domiciliare</b> <i>( da istat-censimento 2011, sito Saluter, dati istat – adi 2012)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza domiciliare nella provincia di Trento è fornita dal 0,4% dei comuni per i disabili e dal 100% per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 7,1% e del 100% del fabbisogno territoriale.</li> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 3.670 su un totale di popolazione anziana &gt;= di 65 anni pari 102.715 unità, coprendo pertanto il 4% della popolazione anziana.</li> </ul>
10	<b>Digitalizzazione e tecnologie abilitanti</b> <i>(da sito APSS e rapporto Innovazione nell'Italia delle Regioni 2012 – CISIS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cup: è possibile prenotare visite ed esami sia via internet sia tramite gli sportelli o il call center, previa identificazione mediante tessera sanitaria magnetica.</li> <li>• Referti on line: TreC è la piattaforma elettronica che consente ai Cittadini della Provincia Autonoma di Trento di consultare i referti on-line, aggiungendo etichette e note.             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Rete di medici: il Servizio AMPERE ha realizzato una rete di collaborazione utilizzando la connettività informatica, tra l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento ed i Medici di medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS), che per primi hanno in cura la popolazione. Lo scopo di AMPERE è migliorare sia il flusso di informazioni sanitarie che la collaborazione tra la medicina del territorio e la medicina ospedaliera per rafforzare la continuità e l'appropriatezza delle cure erogate. L'acronimo AMPeRe sintetizza gli attori del progetto: A sta per Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, M per Medici di medicina generale, Pe per Pediatri di libera scelta e Re per Rete. Hanno aderito ad Ampere circa il 94% dei MMG e il 98% dei PLS.</li> <li>◦ FSE: TreC permette di tenere un diario della propria salute e gestire la cartella dei propri figli, compilando e aggiornando il proprio profilo sanitario. Per poter accedere al sistema è necessario attivare la nuova Tessera Sanitaria /</li> </ul> </li> </ul>

		<p>Carta Provinciale dei Servizi presso gli appositi sportelli dei comuni, dell'Azienda Sanitaria e della Provincia e disporre del lettore di smart card che sarà consegnato dopo l'attivazione della tessera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progetti di telemedicina: telecardiologia sul territorio nella provincia di Trento (<i>Esami strumentali a domicilio per pazienti con scompenso cardiaco e con compromesse possibilità di spostamento. Il MMG effettua la rilevazione dei parametri vitali e comunica con gli specialisti dell'Unità cardiologica</i>)</li> </ul>
11	Monitoraggio LEA	Il rapporto di monitoraggio dei LEA del 2011 non include i dati del Trentino-Alto Adige.
12	Empowerment del cittadino ( <i>dal sito Università Bocconi - Osservatorio sul patient web empowerment; dal sito USL, Piano sanitario Provinciale</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient web empowerment indicator (PWEI) per la provincia di Trento, riferito all'anno 2012, si attesta a 2,63, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto .</li> </ul> <p>Secondo il Piano sanitario provinciale i soggetti operanti nell'ambito del servizio sanitario provinciale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• assicurano un costante orientamento al paziente, favorendone la presa in carico e progettando, con il suo coinvolgimento, percorsi assistenziali personalizzati;</li> <li>• agevolano l'accesso dei cittadini ai servizi, garantendo tempi per l'erogazione delle prestazioni coerenti con il bisogno rilevato e perseguendo la semplificazione degli adempimenti necessari;</li> <li>• perseguono l'umanizzazione delle cure e la promozione della cultura della responsabilità.</li> </ul> <p>L'Osservatorio per la salute della Provincia autonoma di Trento mette a disposizione le proprie schede informative ai possessori di smartphone e tablet attraverso l'applicazione gratuita Google Currents. <i>Notizie relative all'alimentazione, all'abitudine al fumo, al consumo di alcol e droghe, al movimento fisico, alla salute mentale, agli stili di vita della popolazione trentina utili alla programmazione delle politiche sanitarie ma anche ai cittadini interessati a comprendere, in un linguaggio accessibile e ricco di immagini, i fenomeni che influenzano lo stato di salute della comunità trentina.</i></p>

Regione Puglia						
Dati aggiornati al 30 novembre 2013						
1	Popolazione e Territorio ( da sito istat-censimento 2011)			Dato regionale	Dato nazionale	
				Numero Abitanti	4'087'647	8°
				% della popolazione italiana	6,76%	-
				Densità per Km <sup>2</sup>	211,02	192,03
				Superficie	19'371	media 14.351 Km <sup>2</sup>
				n. province	6	112
				n. comuni	258	8.425
				% popolazione 0-14	14,8%	14%
				% popolazione over 65	18,5%	20,3%
				% popolazione over 85	2,31%	2,76%
				% indice dipendenza	50%	52%
				% indice dipendenza anziani	28%	31%
				numero componenti nucleo familiare	2,68	2,44
				% anziani soli	26,63%	28,09%
				% famiglie +5 componenti	6,42%	4,34%
				reddito medio pro capite	15'390€	€ 19.660
				% persone con almeno una malattia cronica	36%	38,6%
2	Organizzazione regionale ( da siti ufficiali regione Puglia e quaderni di monitor 2011)					
						<ul style="list-style-type: none"> <li>Assessore al welfare con delega a: Politiche di Benessere sociale e Pari Opportunità, Programmazione sociale ed integrazione socio-sanitaria, Programmazione e Assistenza Territoriale e Prevenzione, Programmazione e Assistenza Sanitaria specialistica, Gestione accentrata e Finanza Sanitaria, Accredimento e Promozione Sanitaria</li> <li>n. 6 Aziende Sanitarie Locali (ASL)</li> <li>n. 49 Distretti socio-sanitari                             <ul style="list-style-type: none"> <li>il bacino di utenza medio è pari a 83'421 abitanti a livello nazionale è pari a 85.670.</li> <li>la superficie di competenza del distretto è in media pari a 395,32 km<sup>2</sup> superficie di poco inferiore rispetto alla media italiana pari a 413 km<sup>2</sup>, in particolare la superficie del distretto è &lt;140 km<sup>2</sup> nel 15,2% dei distretti, tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 30,4%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 30,4% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 24% dei distretti.</li> </ul> </li> </ul>
3	Principali atti di programmazione in materia di cure primarie					<ul style="list-style-type: none"> <li>L'ultimo Piano Sanitario Regionale è quello del 2008-2010,</li> <li>Case della Salute: presidio strategico nel distretto socio-sanitario. Unica sede dei medici di medicina generale e</li> </ul>

	( da PSSR 2008-2010 )	<p>dei pediatri di libera scelta che, in accordo con i Medici di continuità assistenziale, devono garantire l'assistenza 24h/24. Sede dei medici di continuità assistenziale, infermieri, specialisti ambulatoriali, terapisti e servizi sociali. (obiettivo: entro il primo anno creare 2 case della salute per ogni ASL)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ospedali di Comunità: alcune delle attività che erano in capo a tali strutture passano alle Case della Salute, il suo ruolo diventa quindi quello di garantire un servizio di residenzialità di appoggio per le attività dei MMG e dei servizi territoriali. Gli Ospedali di Comunità sono stati previsti nel Piano Sanitario 2002/2004 (DR n 1087/2002 e 1429/2002), al momento nella regione sono presenti in totale 8 strutture di questa tipologia. (Foggia 5, Bari 1, Brindisi 2)</li> <li>• Assistenza Domiciliare e attivazione presso ogni ASL un Centro di coordinamento aziendale per le cure domiciliari .</li> </ul>
4	<p>Spesa sanitaria e spending review            ( da Rilevazione Organismi di Monitoraggio luglio 2013, Sito del Ministero della Salute, L.135/2012 art.15 comma 13- Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica- Spending Review, istat-censimento2011)</p>	<p>Regione con Piano di Rientro: Sì</p> <p>Il risultato di gestione a consuntivo 2012 presenta un avanzo di 3,814 mln di euro. Considerando la distrazione di risorse da parte del bilancio regionale pari a 221,670 mln di euro, il disavanzo cui dare copertura è pari a 217,856 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture adottate dal Commissario ad acta, pari a 223,975 mln di euro, valutano che il risultato di gestione dopo le coperture è in avanzo di 6,119 mln di euro. Pertanto avendo il Commissario adottato entro i termini misure idonee e sufficienti a garantire l'equilibrio di bilancio per il 2012, non risulta più sussistente il presupposto per l'incremento automatico delle aliquote nella misura massima secondo quanto disposto dall'art.1, comma 174, della legge 311/2004.</p> <p>Nel mese di Luglio 2013 sono stati presentati e validati gli adempimenti richiesti per uscire dalla procedura di diffida: la firma materiale in calce ai documenti che decreteranno la chiusura del Piano di rientro.</p> <p>Durante gli anni in cui era attivo il Piano di rientro sono stati chiusi 21 piccoli ospedali, soppressi 2.200 posti letto, ridotta la spesa farmaceutica da 940 milioni di euro all'anno a 690.</p> <p>La Regione dovrà, nei prossimi mesi, varare il "Piano operativo di riqualificazione del sistema sanitario pugliese" per affrontare la delicata fase successiva al Piano di rientro.</p> <p>Spesa Sanitaria pro capite: 1778 €            Spesa lorda pro capite per farmaci: 235 €            Spesa sanitaria totale: 7273 milioni di €            Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 79,12 €</p> <p>Secondo i tagli previsti dalla Spending review in Puglia il numero di posti letto dovranno aumentare di 289 unità, per quanto riguarda i posti letto per acuti dovranno essere chiusi 890 pl (-7,2)%, mentre il numero di posti letto per post acuti dovrà aumentare di 1179 unità (+79,1%). A livello nazionale tali percentuali sono pari al 7% e 18,5%.</p>
5	<p>Indicatori di efficienza            ( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)</p>	<p>Indicatori di efficienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 3,69 %</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 80,78%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 24,78%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: N.P.</li> </ul>
6	<p>Associazionismo Medico ( da istat-censimento 2011, PSSR, altri documenti di programmazione sanitaria, stampa locale)</p>	<p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 3'310</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1.083</li> <li>• n. PLS: 586</li> <li>• n. assistiti PLS: 816</li> </ul> <p>Accordo Integrativo Regionale sottoscritto il 12 febbraio 2010, ha previsto la nascita dei Centri Polifunzionali Territoriali (CPT). Nel sito dell'ASL di Bari si trova l'elenco dei P.T.A (Presidi Territoriali Assistenziali): Bitonto, Conversano, Gioia del Colle, Grumo Appula, Ruvo di Puglia.</p>
7	<p>Unità complessa di Cure Primarie – Casa della Salute Sito della Regione</p>	<p>Grazie ai fondi europei PO FeSR 2007-2013 si stanno creando le Case della Salute centri polifunzionali territoriali, nella maggior parte vengono creati grazie alla ristrutturazione di strutture ospedaliere esistenti.</p>
8	<p>Cure Intermedie ( da PSSR, sito regione Puglia)</p>	<p>In Puglia il numero di RSA è pari a 31.(Foggia 8, BAT 4, Bari 4, Lecce 15). Il numero di Hospice/ Cure Palliative presenti nella regione è pari a 9. (Foggia 3, Bari 3, Taranto 1, Brindisi 1, Lecce 1).</p>
9	<p>Assistenza Domiciliare ( da istat censimento-2011)</p>	<p>Assistenza domiciliare integrata è stata garantita a 17'991 cittadini nel 2011, la percentuale di comuni che offrono assistenza domiciliare ai disabili è pari a 47,3 con una copertura territoriale di 51,7. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare agli anziani, la percentuale di comuni che la offrono è pari a 70,5 con una copertura a livello territoriale di 79,8. Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 17'064 su un totale della popolazione di età &gt;= 65 anni pari a 756'125, coprendo pertanto il 2% della popolazione anziana.</p>
10	<p>Digitalizzazione e tecnologie abilitanti (sito regione puglia, Federfarma)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE/ Rete medici Nella regione è stato attivato il Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST) progettato da InnovaPuglia, in collaborazione con l'Assessorato Politiche della Salute e l'ARES, allo scopo di migliorare l'organizzazione della medicina territoriale e di valorizzare il ruolo del medico di medicina generale, chiamato ad operare in stretta collaborazione con l'insieme dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri.</li> <li>• CUP/refertazione sì</li> <li>• Ricetta Digitale sperimentazione avviata a febbraio 2013</li> <li>• Progetti Telemedicina/Teleassistenza:</li> </ul>



		<p>Progetto Leonardo per la diffusione della Telecardiologia: la regione detiene il record europeo di prestazioni in emergenza di telecardiologia (con oltre 460mila interventi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piattaforma di e-learning per il personale sanitario “Edotto”</li> </ul>
11	Monitoraggio LEA (dal rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)	<p>Relativamente alla griglia di valutazione dell’adempimento di mantenimento dell’erogazione dei LEA tramite indicatori pubblicata nel rapporto di monitoraggio dei LEA 2011, la Regione, con un punteggio pari a 123 (range -25 – 225), si colloca in una situazione “critica”.</p> <p>s) La Regione viene ritenuta adempiente con impegno ad adeguare le quote degli oneri a carico del Comune/assistito al DPCM 29 novembre 2001, per Residenze Sociosanitarie Assistenziali (RSSA) per disabili e Comunità socio-riabilitative, Gruppi appartamento e Case per la vita per persone con disturbi psichiatrici.</p>
12	Empowerment del cittadino (dal sito Università Bocconi-Osservatorio sul patient web empowerment).	<p>Il Patient web empowerment indicator (PWEL) in Puglia, riferito all’anno 2012, si attesta a 2,01, secondo quanto indicato nell’ultimo rapporto.</p>

Regione Sardegna Dati aggiornati al 30 novembre 2013																																																					
1	Popolazione e Territorio ( <i>da sito istat-censimento 2011</i> )	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dato regionale</th> <th>Dato nazionale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numero Abitanti</td> <td>4.673.908</td> <td>11°</td> </tr> <tr> <td>% della popolazione italiana</td> <td>2,77%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Densità per Km<sup>2</sup></td> <td>69,49</td> <td>media 192,03</td> </tr> <tr> <td>Superficie</td> <td>24.089 Km<sup>2</sup></td> <td>media 14.351 Km<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>n. province</td> <td>8</td> <td>112</td> </tr> <tr> <td>n. comuni</td> <td>377</td> <td>8.425</td> </tr> <tr> <td>% popolazione 0-14</td> <td>12,3%</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 65</td> <td>19,5%</td> <td>20,3%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 85</td> <td>2,40%</td> <td>2,76%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza</td> <td>46%</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza anziani</td> <td>29%</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>numero componenti nucleo familiare</td> <td>2,48</td> <td>2,44</td> </tr> <tr> <td>% anziani soli</td> <td>28,27%</td> <td>28,09%</td> </tr> <tr> <td>% famiglie +5 componenti</td> <td>5,75%</td> <td>4,34%</td> </tr> <tr> <td>reddito medio pro capite</td> <td>€ 16.840</td> <td>€ 19.660</td> </tr> <tr> <td>% persone con almeno una malattia cronica</td> <td>40,4%</td> <td>38,6%</td> </tr> </tbody> </table>		Dato regionale	Dato nazionale	Numero Abitanti	4.673.908	11°	% della popolazione italiana	2,77%		Densità per Km <sup>2</sup>	69,49	media 192,03	Superficie	24.089 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>	n. province	8	112	n. comuni	377	8.425	% popolazione 0-14	12,3%	14%	% popolazione over 65	19,5%	20,3%	% popolazione over 85	2,40%	2,76%	% indice dipendenza	46%	52%	% indice dipendenza anziani	29%	31%	numero componenti nucleo familiare	2,48	2,44	% anziani soli	28,27%	28,09%	% famiglie +5 componenti	5,75%	4,34%	reddito medio pro capite	€ 16.840	€ 19.660	% persone con almeno una malattia cronica	40,4%	38,6%
			Dato regionale	Dato nazionale																																																	
		Numero Abitanti	4.673.908	11°																																																	
		% della popolazione italiana	2,77%																																																		
		Densità per Km <sup>2</sup>	69,49	media 192,03																																																	
		Superficie	24.089 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>																																																	
		n. province	8	112																																																	
		n. comuni	377	8.425																																																	
		% popolazione 0-14	12,3%	14%																																																	
		% popolazione over 65	19,5%	20,3%																																																	
		% popolazione over 85	2,40%	2,76%																																																	
		% indice dipendenza	46%	52%																																																	
		% indice dipendenza anziani	29%	31%																																																	
		numero componenti nucleo familiare	2,48	2,44																																																	
		% anziani soli	28,27%	28,09%																																																	
% famiglie +5 componenti	5,75%	4,34%																																																			
reddito medio pro capite	€ 16.840	€ 19.660																																																			
% persone con almeno una malattia cronica	40,4%	38,6%																																																			
2	Organizzazione regionale ( <i>da siti ufficiali regione sardegna e quaderni di monitor 2011</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In regione Sardegna è presente l'Assessore dell'Igiene e Sanità e Assistenza Sociale. All'interno della direzione generale della sanità è presente il servizio della medicina di base specialistica, materno-infantile, residenziale e riabilitativa e dell'assistenza farmaceutica.</li> <li>• 8 n. ASL</li> <li>• 23 n. Distretti Sanitari:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 72.779 abitanti vs 84.592, (la media nazionale è pari a 85.670).</li> <li>○ la superficie di competenza media del distretto è pari a 1.047 km<sup>2</sup> e con una distribuzione pari a &lt;140 km<sup>2</sup> nel 0% , tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 5,6%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 11,1% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 83,3% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a km<sup>2</sup> 413, la regione ha più del 80% dei Distretti con una superficie di competenza maggiore della media nazionale.</li> </ul> </li> </ul>																																																			
3	Piano Sanitario Regionale ( <i>da siti ASL, Piano sanitario</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ultimo Piano Sanitario della Sardegna risale al triennio 2006-2008. In questo piano veniva proposta la sperimentazione dei Nuclei di cure primarie, come forme innovative e volontarie di associazionismo tra MMG, PLS e medici di continuità assistenziale e la costituzione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) che dovranno garantire le cure primarie 24 ore al giorno per tutti i giorni dell'anno, attraverso la presenza di medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale, di</li> </ul>																																																			

		<p>medici specialisti, infermieri professionali ed altro personale sanitario non medico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondo l'allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 50/35 del 21.12.2012 gli obiettivi assistenziali delle ASL che dovranno essere conseguiti dall'1.4.2013 al 31.3.2016 sono:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- sviluppare l'ADI a favore degli anziani non autosufficienti (standard=4%)</li> <li>- ridurre il tasso di ospedalizzazione per patologie assistibili domiciliariamente: tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni (standard: 80)</li> <li>- ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili: % ricoveri diurni medici con finalità diagnostica (standard: 23%) e ricoveri ordinari medici brevi (standard: 17%);</li> <li>- Secondo il Programma Sanitario Triennale 2012/2014 della ASL di Nuoro è stato tracciato il percorso per la realizzazione delle Case della Salute per una copertura h24 del territorio.</li> </ul> </li> </ul>
4	Spesa sanitaria e spending review <i>(Sito del Ministero della Salute e istat-censimento 2011 e da L. 135/2012 art. 15 comma 13 – Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica - Spending review)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione con Piano di Rientro: NO</li> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: 1963 €</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: 229 €</li> <li>• Spesa sanitaria totale: 3.288 milioni di €</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 70,51 €</li> <li>• Secondo quanto previsto dalla spending review i posti letto per acuzie da chiudere sono 1.291 mentre i posti letto per pazienti post-acute dovranno aumentare di 720 unità, con una variazione percentuale rispettivamente del -21% e del +175%, rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%. I posti letto dopo gli interventi:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- posti letto acuti 4.846</li> <li>- posti letto post acuti 1.131</li> <li>- totale posti letto 5.976</li> </ul> </li> </ul>
5	Indicatori di efficienza <i>(da rapporti ministeriale schede SDO, LEA, sanità italiana)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 5,23%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 51,68%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 26,08%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: n.d.</li> </ul>
6	Associazionismo Medico <i>( da istat-censimento 2011, sito Saluter)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 1.367</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1.068 ( media nazionale 1.133)</li> <li>• n. PLS: 223</li> <li>• n. assistiti PLS: 761 (media nazionale 856,88)</li> <li>• associazionismo: n.d.</li> </ul>
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute <i>( da sito regione)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nel giugno 2008 la Giunta regionale ha dato il via libera alla nascita di 34 Case della Salute. In strutture sanitarie già operanti sul territorio, ma sottoutilizzate, che saranno ristrutturare o riconvertite, ma anche di eventuali altre strutture pubbliche attualmente disponibili ed utilizzabili per i servizi alla persona. Alla data ne risultano attive 3.</li> </ul>

8	Cure intermedie (da sito ministero della salute, sito ASR, rapporto Istat sanità)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondo i dati della direzione generale del sistema informativo del Ministero della Salute i p.l. residenziali nel 2010 erano 1.792 e quelli semiresidenziali 424 per un totale di 133 p.l. per 100.000 abitanti. Di questi il 22,9% fornisce assistenza agli anziani.</li> <li>• Dal sito del Ministero della salute risultano attive 8 strutture di Hospice per un totale di 50 posti letto, sebbene solo per 4 Hospice sia disponibile il dato dei posti letto. Da notare che i p.l. per hospice sono attivi, nella maggioranza dei casi all'interno di RSA.</li> <li>• Secondo il più recente rapporto Istat i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi il 31 dicembre 2010 dispongono complessivamente di 7.892 posti letto di cui 4.956 per un target anziano.</li> </ul>
9	Assistenza domiciliare ( da istat-censimento 2011, dati istat – adi 2012, sito regionale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza domiciliare in Sardegna è fornita dal 71,2% dei comuni per i disabili e dal 90,7% per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 73,8% e del 94,2% del fabbisogno territoriale.</li> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 15.289 su un totale di popolazione anziana &gt;= di 65 anni pari 326.412 unità, coprendo pertanto il 4,7% della popolazione anziana.</li> <li>• Nel 2006 è stato attivato il programma “Ritornare a casa” è finalizzato al rientro nella famiglia o in situazioni di vita di tipo familiare di persone attualmente inserite in strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitarie e promuovere la permanenza delle persone nel proprio domicilio. Per l'elaborazione del progetto personalizzato “Ritornare a casa” l'elemento centrale è la valutazione delle patologie e/o bisogni del cittadino che richiede di essere inserito nel progetto. Questo compito è stato affidato dalla Regione all'ASL e ai Comuni. A tal fine le ASL hanno istituito l'Unità di valutazione territoriale che attraverso un lavoro integrato e un attento processo valutativo del bisogno del richiedente, propone un piano personalizzato che prevede interventi sociali e sanitari, con diverso grado di intensità assistenziale, la trasmissione di competenze alla famiglia e un adeguato sostegno al familiare di riferimento nelle fasi più critiche.</li> </ul>
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti (da sito regione, siti ASL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CUP: è stato attivato un numero verde telefonico unico per effettuare le prenotazioni</li> <li>• Rete di medici/Referti on line/Ricetta elettronica/FSE: è stato sviluppato il progetto MEDIR (Rete di Medici di Medicina di Base e Pediatri di Libera Scelta e Fascicolo Sanitario Elettronico), secondo il sito sardegnasalute.it l'avvio operativo è stato ipotizzato entro fine anno. Per ora sono 700 i medici che accedono alla rete.</li> <li>• Referti on line: il servizio di ritiro di referto on line è già attivo nelle aziende ospedaliere.</li> <li>• Progetti di telemedicina: nel territorio della Asl di Olbia si sta avviando un nuovo servizio rivolto ai diabetici che consente, in una visione integrata del sistema, di monitorare costantemente le condizioni cliniche dei singoli utenti, apportando in tempo reale le correzioni della cura e suggerendo variazioni degli stili di vita.</li> </ul>
11	Armonizzazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il rapporto di monitoraggio dei LEA del 2011 non include i dati di Sardegna.</li> </ul>
12	Empowerment del cittadino (da siti ASL e dati Bocconi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient web empowerment indicator (PWEI) in Sardegna, riferito all'anno 2012, si attesta a: 1.60, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto.</li> <li>• La ASL di Nuoro, in collaborazione con Comuni e Provincia, si occuperà di promuovere percorsi di informazione sul territorio concernenti le iniziative di educazione sanitaria e prevenzione rivolte agli anziani e sui temi sanitari di maggior rilievo.</li> </ul>

Regione Sicilia					
Dati aggiornati al 30 novembre 2013					
1	Popolazione e Territorio <i>(da sito istat-censimento 2011)</i>		Dato regionale	Dato nazionale	
		Numero Abitanti	5.047.034	4°	
		% della popolazione italiana	8,34%		
		Densità per Km <sup>q</sup>	196,4	media 192,03	
		Superficie	25.703 Km <sup>q</sup>	media 14.351 Km <sup>q</sup>	
		n. province	9	112	
		n. comuni	390	8425	
		% popolazione 0-14	15,2%	14%	
		% popolazione over 65	18,5%	20,3%	
		% popolazione over 85	2,4%	2,76%	
		% indice dipendenza	51%	52%	
		% indice dipendenza anziani	28%	31%	
		numero componenti nucleo familiare	2,57	2,44	
		% anziani soli	29,59%	28,09%	
		% famiglie +5 componenti	7,31%	4,34%	
reddito medio pro capite	15.600€	€ 19.660			
% persone con almeno una malattia cronica	37,3%	38,6%			
2	Organizzazione regionale <i>(da siti ufficiali provincia e quaderni di monitor 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In regione Sicilia sono presenti l'assessore alla Sanità e l'assessore ai servizi sociali. All'interno degli uffici dell'assessorato alla sanità è presente il dipartimento regionale per la pianificazione strategica e all'interno di questo gli uffici che gestiscono i servizi di cure primarie sono l'ufficio di programmazione territoriale e integrazione socio-sanitaria, l'ufficio della tutela della fragilità e l'ufficio delle isole minori.</li> <li>• n. 9 Aziende Sanitarie Provinciali (ASP).</li> <li>• n. 55 Distretti sanitari                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 91.764 abitanti (la media nazionale è pari a 85.670)</li> <li>○ la superficie di competenza media del distretto è pari a 467,3 km<sup>2</sup>, i dati di distribuzione non sono presenti perché il numero dei distretti dal 2009 è diminuito di 7 unità. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a mq 413.</li> </ul> </li> </ul>			

3	Piano Sanitario Regionale	<p>Il piano sanitario in vigore nella regione Sicilia copre il triennio 2011-2013 ed è stato redatto dopo 10 anni di assenza. I principi base su cui si fonda questo testo sono: <i>“Il cittadino al centro del sistema assistenziale, la riqualificazione dell’ospedale, l’universalità e il rispetto delle libertà di scelta del paziente.”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tenuto conto delle stime sulla prevalenza della non autosufficienza applicate alla popolazione siciliana, il fabbisogno di posti letto residenziali è stato stimato in complessivi 2973 posti.</i></li> <li>• <i>Nel Piano Sanitario Regionale è indicato come uno degli obiettivi prioritari il potenziamento della “gestione integrata” con la specialistica ambulatoriale. Il prodotto principale della Gestione Integrata (G.I.) è la definizione, concordata all’interno della rete assistenziale e sulla base di un percorso di cura articolato e su un “piano di follow-up attivo” che deve emergere da un programma mirato sui bisogni specifici del paziente ed attivamente concordato tra MMG/PLS e Specialista e tra questi e tutte le altre figure professionali chiamate a contribuire al percorso di cura. Il consolidarsi della prassi della gestione integrata è visto come il presupposto fondamentale per riqualificare la funzione territoriale dell’assistenza. Attualmente è stato attivato il Progetto IGEA, una struttura progettuale per la G.I. centrata sul Diabete Mellito. Dati del 2012 affermano che complessivamente sono operativi 34 AGI per Diabete Mellito e Scompenso Cardiaco sul territorio Siciliano.</i></li> </ul>
4	Spesa sanitaria e spending review  <i>(Sito del Ministero della Salute e istat-censimento 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Regione con Piano di Rientro: SI</b></li> </ul> <p><i>In Sicilia il Piano di Rientro dal disavanzo è stato siglato il 31 Luglio 2007 in cui il debito era pari a 641.451 milioni di euro. Dal monitoraggio del 30 luglio 2013 si è osservato che la Regione Siciliana presenta a consuntivo 2012 un avanzo di 5,610 mln di euro. Considerando l’effetto sulle contabilizzazioni derivanti dalla tenuta della contabilità parallela coerente con il decreto legislativo 118/2011 e per effetto di quanto disposto dall’art.30 del medesimo decreto, tale avanzo viene rideterminato in un disavanzo da coprire di 34,144 mln di euro. Il risultato di gestione dopo il conferimento delle coperture pari a 292,901 mln di euro, evidenzia un avanzo di 258,757 mln di euro. La stima a chiudere per l’anno 2013 prima delle coperture sia di -98,510 mln di euro a fronte di una stima regionale di -25,4 mln di euro che potrebbe ridursi a -17 mln di euro a seguito delle azioni di contenimento assunte dalle Aziende e previste nel P.O. 2013-2015.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: € 1.769</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: € 258</li> <li>• Spesa sanitaria totale: €8.934 milioni</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: € 60</li> <li>• Secondo il programma proposto dalla spending review in Regione Sicilia per adeguarsi agli standard nazionali proposti sarà necessario attivare in totale 497 nuovi posti letto: in particolare questo dato è legato alla mancanza di sufficienti posti letto per post acuti che dovranno essere incrementati di 1.415 (+75%) unità., mentre i p.l. per acuti dovranno essere ridotti per una quota pari a 918 (-6%) unità, , rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%.</li> </ul>
5	Indicatori di efficienza <i>( da rapporti ministeriale schede</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 2,81%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 67,28%</li> </ul>

	<i>SDO e LEA)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 27,11%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 174,75</li> </ul>
6	Associazionismo Medico <i>(da istat-censimento 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 4.216</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1.044 ( media nazionale 1.133)</li> <li>• n. PLS: 826</li> <li>• n. assistiti PLS: 758 (media nazionale 856,88)</li> <li>• associazionismo: n.d.</li> </ul>
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute <i>(documenti di programmazione sanitaria)</i>	<p>I Presidi Territoriali di Assistenza sono strutture che includono servizi territoriali e anche poliambulatori dove si può trovare risposta alle necessità assistenziali che non richiedono il ricovero in ospedale. Attualmente risultano attivi 43 PTA e 6 sono in fase di attivazione ripartiti nel seguente modo: 5 (+3 in attivazione o parzialmente attivi) nella Asp di Agrigento, 6 nella Asp di Caltanissetta, 4 (+1) nella Asp di Catania, 3 (+1) nella Asp di Enna, 4 nella Asp di Messina, 9 nella Asp di Palermo, 2 nella Asp di Ragusa, 6 nella Asp di Siracusa e 4 nella Asp di Trapani. I PTA sono organizzati ogni 70.000/120.000 abitanti e sono costituiti da un'aggregazione funzionale di più servizi territoriali attivi nelle 24 ore. Essi erogano i servizi sanitari di base assicurando la stretta integrazione del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta con gli specialisti poliambulatoriali pubblici e privati e con i servizi di continuità assistenziale (ex Guardia Medica), i punti prelievo, il punto lastre, gli ambulatori infermieristici, i servizi di valutazione multidimensionale per l'accesso all'assistenza domiciliare, il consultorio familiare, i servizi di lungoassistenza e riabilitazione, garantendo l'accesso unico alle cure. Nei PTA sono stati istituiti anche gli AGI (Ambulatori a Gestione Integrata) dove medici di famiglia e specialisti garantiscono un'assistenza multidisciplinare per intervenire in ambiti patologici prioritari come il diabete e lo scompenso cardiaco. All'interno del PTA, inoltre, nel Punto Unico di Accesso (PUA) alle cure territoriali, sarà realizzato uno "sportello di informazione ed indirizzamento" delle persone con patologie croniche e con disabilità, che garantirà prenotazioni e percorsi assistenziali facilitati.</p> <p>Tutti i servizi e le funzioni di competenza dei distretti (consultori familiari e materno infantile, servizi di vaccinazione e prevenzione, educazione alla salute, assistenza farmaceutica, medicina legale e fiscale, medicina veterinaria) saranno integrati in questa ampia rete territoriale che farà perno al PTA, laddove non siano in esso direttamente inglobati, ivi compresi il servizio di psicologia e il servizio sociale aziendale.</p>
8	Cure Intermedie <i>(da documenti di programmazione sanitaria)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La rete regionale delle RSA è attualmente pari a 2.500 posti letto pienamente attivi. I tempi di permanenza nelle strutture in questione sono correlati ad un piano assistenziale individuale e non possono superare i 12 mesi (salva ulteriore motivata proroga) e di norma non possono essere inferiori a 30 giorni. Alle RSA viene riconosciuta una retta giornaliera di euro 111,80, comprensiva di tutte le prestazioni socio-sanitarie e riabilitative, maggiorata di euro 56,46 per i ricoveri di malati di Alzheimer. Dal 61° giorno di ricovero, la diaria di 111,80, per effetto dello sconto applicato del 5% sarà di euro 106,20, di cui il 50% sarà a carico dell'utente e/o dei familiari tenuti all'obbligo degli alimenti. Il Tar Sicilia, però, con due distinte sentenze riguardanti casi simili (ma non uguali), ha dichiarato illegittimo il decreto dell'assessorato</li> </ul>



		<p>regionale sanità 24 Maggio 2010 (comunemente noto come Riorganizzazione della rete RSA) limitatamente ad alcune parti dello stesso. In particolare si evidenzia l'illegittimità del decreto regionale nella parte in cui determina la quota fissa ed unica del 50% del costo ad esclusivo carico dell'utente, oltre che determinata indipendentemente dalla situazione economica e dalla capacità contributiva del singolo cittadino utente e senza nulla prevedersi con riguardo alla percentuale dovuta dall'ente locale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondo il prontuario delle strutture riabilitative accreditate, aggiornato al 2010, sono presenti 728 posti letto nelle strutture di riabilitazione nelle 9 province di cui il 70% sono a Catania, mentre di posti letti semiresidenziali ve ne sono 1502 di cui il 59% a Catania. Nella provincia di Enna non sono presenti strutture di riabilitazione con posti letto residenziali né semiresidenziali.</li> <li>• Nel maggio del 2009 era stata riprogrammata la dotazione dei posti residenziali in Hospice portandoli complessivamente a 165 posti, corrispondenti all'indice di 0,33 per 10.000 abitanti. Attualmente, però, risultano attivi 109 posti letto in 11 Hospice che assicurano assistenza solo al 40% dei 12 mila pazienti oncologici siciliani. Gli hospice presenti sul territorio siciliano sono a gestione pubblica, e situati principalmente all'interno di strutture ospedaliere.</li> <li>• Secondo il più recente rapporto Istat i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi il 31 dicembre 2010 dispongono complessivamente di 26.150 posti letto di cui 12.601 per un target anziano.</li> <li>• Secondo i dati della direzione generale del sistema informativo del Ministero della Salute i p.l. residenziali nel 2010 erano 2.558 e quelli semiresidenziali 555 per un totale di 62 p.l. per 100.000 abitanti. Di questi il 23,6% fornisce assistenza agli anziani.</li> </ul>
9	Assistenza domiciliare <i>(da istat censimento-2011, relazione sanitaria 2011, dati istat – adi 2012)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza domiciliare in Sicilia è fornita dal 38,2% dei comuni per i disabili e dal 74,6% per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 69,3% e del 87,7% del fabbisogno territoriale.</li> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 34.785 su un totale di popolazione anziana <math>\geq</math> di 65 anni pari 933.701 unità, coprendo pertanto il 4% della popolazione anziana.</li> </ul>
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti <i>(da sito della regione e rapporto Innovazione nell'Italia delle Regioni 2012 – CISIS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cup: è stato realizzato il sito siciliacup per prenotare visite ed esami diagnostici direttamente online, il servizio però non è ancora attivo.</li> <li>◦ Ricette elettroniche: le ricette elettroniche sarebbero dovute partire il 16/09/13 ma a causa di problemi di rete e gestione del software è ancora tutto bloccato</li> <li>◦ Rete di medici: non ci sono informazioni</li> <li>◦ Referti on line o FSE: entro il 2013 i cittadini siciliani potranno usufruire del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e</li> </ul>


		della trasmissione dei certificati e delle ricette tramite il Sistema di accoglienza regionale (SAR). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progetti telemedicina: dal sito internet ufficiale sembra essere attivo il progetto pilota aziendale di telecardiologia per anziani non autosufficienti. Il progetto è partito nel 2008 e ha coinvolto 10 distretti e 3 aziende ospedaliere. Non sono, però, note notizie più recenti.</li> </ul>
11	Monitoraggio LEA <i>(da Rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)</i>	Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori presentata nel Rapporto di monitoraggio 2011 dei LEA, la Regione Sicilia, con un punteggio pari a 147 (range -25 – 225), si colloca in una situazione “adempiente con impegno” evidenziando un miglioramento rispetto alla verifica LEA 2010 in cui si collocava, con un punteggio pari a 108, in una situazione “critica”. Considerando che la Regione è sottoposta al Piano di Rientro si rinvia agli obiettivi stabiliti dal Piano stesso, in particolare, relativamente all'assistenza residenziale e all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera. In particolare risulta inadempiente per quanto riguarda: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza domiciliare e residenziale: il punteggio totale riportato dalla Regione è di 69 punti, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82.</li> <li>• Acquisizione dati di assistenza domiciliare NSIS-SIAD: adempiente con impegno</li> <li>• Acquisizione dati di assistenza residenziale e semiresidenziale NSIS-FAR: adempiente con impegno</li> <li>• Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE: adempiente con impegno</li> </ul>
12	Empowerment del cittadino <i>(dal sito Università Bocconi - Osservatorio sul patient web empowerment; da PSR)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Patient web empowerment indicator (PWEI) in Sicilia, riferito all'anno 2012, si attesta a 1,16, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto.</li> <li>• <a href="http://www.costruiredisalute.it">www.costruiredisalute.it</a> è il nuovo sito web realizzato dall'Assessorato della Salute della Regione Siciliana per aiutare a comprendere il complesso funzionamento della macchina del Sistema Sanitario Regionale (SSR). <a href="http://costruiredisalute.it">costruiredisalute.it</a> consente di cercare una struttura sanitaria; sapere dove recarsi per fare una visita specialistica o un esame diagnostico; scoprire il collegamento tra le varie reti assistenziali e conoscere la logica di pianificazione delle Alte Tecnologie; essere informati su tutte le notizie dalle Aziende Sanitarie; attivare collaborazioni e reti di servizi; trovare i numeri dei CUP Centro Unico di Prenotazione, degli URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico.</li> </ul>

Regione Toscana																																																					
Dati aggiornati al 30 novembre 2013																																																					
1	Popolazione e Territorio <i>( da sito istat-censimento 2011)</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dato regionale</th> <th>Dato nazionale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numero Abitanti</td> <td>3'739'972</td> <td>9°</td> </tr> <tr> <td>% della popolazione italiana</td> <td>6,18%</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Densità per Km<sup>2</sup></td> <td>162,68</td> <td>192,03</td> </tr> <tr> <td>Superficie</td> <td>22'990 Km<sup>2</sup></td> <td>media 14.351 Km<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>n. province</td> <td>10</td> <td>112</td> </tr> <tr> <td>n. comuni</td> <td>287</td> <td>8.425</td> </tr> <tr> <td>% popolazione 0-14</td> <td>12,7 %</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 65</td> <td>23,3 %</td> <td>20,3%</td> </tr> <tr> <td>% popolazione over 85</td> <td>3,55 %</td> <td>2,76%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza</td> <td>56%</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>% indice dipendenza anziani</td> <td>36%</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>numero componenti nucleo familiare</td> <td>2,36</td> <td>2,44</td> </tr> <tr> <td>% anziani soli</td> <td>28,1%</td> <td>28,09%</td> </tr> <tr> <td>% famiglie +5 componenti</td> <td>2,98%</td> <td>4,34%</td> </tr> <tr> <td>reddito medio pro capite</td> <td>20.100€</td> <td>€ 19.660</td> </tr> <tr> <td>% persone con almeno una malattia cronica</td> <td>37,4%</td> <td>38,6%</td> </tr> </tbody> </table>		Dato regionale	Dato nazionale	Numero Abitanti	3'739'972	9°	% della popolazione italiana	6,18%	-	Densità per Km <sup>2</sup>	162,68	192,03	Superficie	22'990 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>	n. province	10	112	n. comuni	287	8.425	% popolazione 0-14	12,7 %	14%	% popolazione over 65	23,3 %	20,3%	% popolazione over 85	3,55 %	2,76%	% indice dipendenza	56%	52%	% indice dipendenza anziani	36%	31%	numero componenti nucleo familiare	2,36	2,44	% anziani soli	28,1%	28,09%	% famiglie +5 componenti	2,98%	4,34%	reddito medio pro capite	20.100€	€ 19.660	% persone con almeno una malattia cronica	37,4%	38,6%
			Dato regionale	Dato nazionale																																																	
		Numero Abitanti	3'739'972	9°																																																	
		% della popolazione italiana	6,18%	-																																																	
		Densità per Km <sup>2</sup>	162,68	192,03																																																	
		Superficie	22'990 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>																																																	
		n. province	10	112																																																	
		n. comuni	287	8.425																																																	
		% popolazione 0-14	12,7 %	14%																																																	
		% popolazione over 65	23,3 %	20,3%																																																	
		% popolazione over 85	3,55 %	2,76%																																																	
		% indice dipendenza	56%	52%																																																	
		% indice dipendenza anziani	36%	31%																																																	
		numero componenti nucleo familiare	2,36	2,44																																																	
		% anziani soli	28,1%	28,09%																																																	
		% famiglie +5 componenti	2,98%	4,34%																																																	
		reddito medio pro capite	20.100€	€ 19.660																																																	
% persone con almeno una malattia cronica	37,4%	38,6%																																																			
2	Organizzazione regionale <i>(da siti ufficiali regione Toscana e quaderni di monitor 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessore al Diritto alla Salute</li> <li>• Ufficio responsabile del Sistema socio-sanitario regionale dal quale dipendono l'ufficio di Servizi alla persona sul territorio e Processi innovativi nei percorsi di Salute</li> <li>• n. 12 Unità Locali Sanitarie (ULSS)</li> </ul>																																																			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. 34 Zone-Distretto <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 109'999 abitanti (in Italia il bacino è pari a 84.592)</li> <li>○ la superficie di competenza media del distretto è pari a 676 km2 a livello nazionale tale valore è pari a 413 km2, con una distribuzione pari a &lt;140 km2 nel 6,3% dei distretti, tra 140 e 349 km2 nel 12,5% dei distretti, tra 350 e 599 km2 nel 28,1% distretti e &gt;600 km2 nel 53,1% dei distretti.</li> </ul> </li> </ul>
3	Piano Sanitario Regionale	<p>E' attivo il piano sociale e sanitario integrato valido dal 2012 al 2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno degli obiettivi principali è quello di creare percorsi di cura attraverso una forte continuità fra le varie fasi del percorso stesso favorendo l'interazione multidisciplinare tra i seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servizi di emergenza;</li> <li>○ Centri organizzativi ad alta specializzazione e di coordinamento forte di strutture operative per servizi con omogeneità della linea produttiva, alti volumi ed autonomia gestionale;</li> <li>○ Percorsi diagnostico – terapeutici che integrano le risorse tecniche e professionali necessarie alla continuità di svolgimento del processo di cura.</li> </ul> </li> </ul> <p>Gli elementi per la definizione dei percorsi prioritari sono: alta criticità/complessità, alto costo, alto volume.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le due tipologie di associazionismo previste dal PSN e presenti nell'Accordo Integrativo Regionale del 28/12/2012 tra regione e Medici di Medicina Generale sono le AFT e gli UCCP, in questa regione denominate "Case della Salute".</li> </ul> <p>L'obiettivo generale è quello di svolgere in maniera integrata tutte quelle attività utili ad affrontare la cronicità in tutte le sue varianti.</p> <p>La sede unica consentirà di offrire sul territorio una sede riconoscibile per le necessità assistenziali dei cittadini.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'UCCP si sviluppa in strutture quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Presidio distrettuale integrato</li> <li>· Casa della Salute (CDS)</li> <li>· Riconversione di presidi ospedalieri o territoriali</li> <li>· Strutture comunali o comunque pubbliche</li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Strutture messe a disposizione da società di servizio della Medicina Generale, cooperative mediche</li> <li>· Strutture del Volontariato</li> <li>· Strutture provenienti dal privato</li> </ul> <p>Compiti dei MMG nelle sedi di UCCP (per i compiti si fa riferimento a quelli previsti dall'art. 26-ter del vigente ACN):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Erogare ai cittadini le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)</li> <li>· Erogare assistenza sanitaria e diagnostica di 1° livello anche al fine di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso</li> <li>· Mettere in atto i principi del chronic care model (CCM) tipo expanded e della sanità di iniziativa per la presa in carico globale del paziente cronico ed effettuare tutte le attività tipiche della prevenzione primaria e secondaria (educazione sanitaria, stili di vita, AFA...). In questo senso l'UCCP rappresenta il luogo ideale dove poter sviluppare appieno tali attività</li> <li>· Raccordarsi con l'AFT per quanto riguarda la gestione del budget assegnato e degli obiettivi da raggiungere</li> <li>· Fornire prestazioni sociosanitarie integrate, con particolare riguardo alla domiciliarità e residenzialità, nell'ambito degli obiettivi concordati dall'Azienda con l'AFT, con l'obiettivo, in questo caso, di ridurre al minimo la necessità di istituzionalizzare i cittadini.</li> <li>· Garantire una presa in carico dei pazienti per le problematiche sanitarie non differibili per tutto l'arco della giornata</li> </ul>
4	<p>Spesa sanitaria e spending review</p> <p><i>(Sito del Ministero della Salute, istat-censimento2011 e L.135/2012 art. 15 comma 13- Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica – Spending review))</i></p>	<p>Regione con Piano di Rientro: NO</p> <p>Spesa Sanitaria pro capite: 1'849 €</p> <p>Spesa lorda pro capite per farmaci: 167,7 €</p> <p>Spesa sanitaria totale: 6944 milioni di €</p> <p>Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: 98,18 €</p> <p>Secondo la Spending Review in regione Toscana per adeguarsi agli standard nazionali sarà necessario attivare 1.467 posti letto, questo dato è legato alla mancanza di posti letto per post acuti, infatti i posti letto per acuti dovranno essere tagliati di 106 unità (-1%) mentre i posti letto per subacuti dovranno aumentare di 1.573 unità (+123,6%), rispetto alla media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% e un aumento dei posti letto per post acuti pari a 18,5%.</p>

5	<p>Indicatori di efficienza <i>( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)</i></p>	<p>Indicatori di efficienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 3,7 %</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 53,76 %</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 22,93%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 140,16</li> </ul>
6	<p>Associazionismo Medico <i>(da istat-censimento 2011, PSSR, Sito Regione Toscana)</i></p>	<p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 3010</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1'077</li> <li>• n. PLS: 433</li> <li>• n. assistiti PLS: 865</li> </ul> <p>La Regione ha stanziato 20.000.000 di euro alle Aziende sanitarie locali per la riorganizzazione della sanità in AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). Ogni AFT sarà composta da medici di Assistenza Primaria e da medici a rapporto orario. La dimensione di riferimento è di norma di 30.000 assistiti. E' composta da un numero di MMG non inferiore a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria. Le prime due aggregazioni attive sono a Rosignano e l'altra a Cecina.</p> <p>Chronic Care Model (CCM)</p> <p>All'interno degli accordi integrativi è prevista anche la progressiva estensione della sanità d'iniziativa definita come sanità che non aspetta il cittadino sulla soglia dell'ospedale (sanità di attesa), ma gli va incontro prima che le patologie insorgano o comunque si aggravino, facendo anche opera di prevenzione e di educazione.</p> <p>Il riferimento di questo modo nuovo di intendere la sanità è il Chronic Care Model (CCM), basato sull'interazione tra il paziente, reso esperto da opportuni interventi di formazione e addestramento, e il team multiprofessionale composto da Mmg, infermieri e operatori sociosanitari.</p> <p>La sperimentazione del CCM è stata avviata nel 2009 ed estesa ad oggi a circa il 40% della popolazione toscana; tale sperimentazione ha dimostrato di produrre notevoli miglioramenti nella qualità dei servizi territoriali: il 67% dei pazienti intervistati in una recente indagine sulla soddisfazione degli utenti, ha dichiarato di aver riscontrato dei benefici sul proprio stato di salute da quando è stato introdotto il nuovo modello, e l'86% di essi ha rilevato un miglioramento complessivo dell'assistenza.</p> <p>Nel 2013 si prevede la copertura del 60% della popolazione, nel 2014 dell'80%, nel 2015 il 100% della popolazione</p>

		<p>toscana. La situazione all'interno della regione per quanto riguarda la sperimentazione CCM è riportata nel prospetto sottostante, le patologie che sono state considerate per l'introduzione del modello sono: diabete mellito tipo II, scompenso cardiaco, BPCO, ictus/TIA, ipertensione arteriosa).</p> <p>All'interno dei "moduli", coordinato da un MMG, opera un team multiprofessionale costituito dai MMG e da infermieri e OSS. Il progetto viene monitorato grazie alla raccolta trimestrale dei dati che viene effettuata attraverso una procedura web.</p> <p>Nella fase pilota sono stati creati 56 moduli con 663 MMG coinvolti e 792'597 pazienti, nella fase evoluta si prevede di arrivare a realizzare 93 moduli, coinvolgere 943 MMG e 1'107'976 pazienti.</p> <p>L'evoluzione di tale modello che la Giunta prevede di realizzare è l'Expanded Chronic Care Model (ECCM).</p> <p>Tale modello, considera il singolo paziente all'interno della comunità; gli aspetti clinici considerati dal medico di famiglia vengono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute.</p>
7	Unità Complessa di Cure Primarie- Casa della Salute	<p>Attualmente le UCCP sono 20 in tutta la regione, dovrebbero salire a 30 nel 2013 e arrivare a 45-50 nel 2014. A regime si prevede l'apertura di 120 Case della Salute sul territorio Toscano.</p> <p>Per rendere queste strutture facilmente riconoscibili è stato creato un logo.</p>  <p>Società della salute</p> <p>La legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" e successive modifiche e integrazioni ha istituito le Società della Salute in Toscana.</p> <p>"per quanto riguarda le Società della salute, Marroni ha annunciato che è in atto un confronto per una proposta di modifica con gli enti locali, e che una proposta di legge dovrebbe essere presentata in Consiglio a metà settembre"</p> <p>Comunicato n. 785 del 18 luglio 2013</p> <p>Le Società della Salute sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate.</p> <p>Sul territorio della Toscana, sono attualmente presenti 25 Società della Salute e altre si stanno costituendo.</p> <p>In queste organizzazioni lavorano professionisti e operatori sanitari e sociali, operatori del terzo settore e del volontariato.</p> <p>La LR 28 Dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato).</p>



		<p>La presente Legge, ai sensi della LR 24 febbraio 2005, n.41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), disciplina l'accreditamento delle strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private, dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona, compresi quelli che operano nelle aree dell'integrazione socio sanitaria, al fine di promuovere la qualità del sistema integrato dei servizi e delle prestazioni e l'adeguatezza alla soddisfazione dei bisogni, nonché favorire la pluralità dell'offerta dei servizi.</p>
8	<p>Cure Intermedie ( da PSSR, sito regione e leggi)</p>	<p>In Toscana un numero complessivo di 390 strutture residenziali pubbliche e private provvede all'assistenza di oltre 16.000 anziani. Di questi oltre 11.000, ovvero oltre il 70%, sono in condizioni di non autosufficienza. Nello specifico sono presenti in Toscana, al 31 dicembre 2009, 74 Residenze sociali assistite con un totale di 2.054 posti letto, 10 Comunità alloggio protette con 124 posti letto, 21 Centri residenziali con 548 posti letto e 285 RSA con 13.468 posti letto di cui 2.123 per anziani autosufficienti e 11.345 per non autosufficienti.</p> <p>Al 2009 gli hospice in Toscana erano pari a 12, i posti letto previsti pari a 166 e un numero di posti letto attivati pari a 153.</p> <p>Dal 2008, l'Azienda Regionale di Sanità promuove iniziative volte a costruire una rete collaborativa di strutture e operatori che condividano strumenti e metodi per migliorare la qualità dell'assistenza in RSA.</p> <p>Il possesso dei requisiti di qualità indicati nel Regolamento di attuazione della LR 88/2009 non è sufficiente per garantire un alto livello di qualità, equità e sicurezza delle strutture, è quindi in atto il progetto " Il monitoraggio della qualità dell'assistenza in RSA".</p>
9	<p>Assistenza Domiciliare ( da istat censimento-2011 e PSSR)</p>	<p>Assistenza domiciliare integrata è stata garantita a 24'505 cittadini nel 2011, la percentuale di comuni che offrono assistenza domiciliare ai disabili è pari a 86,1 con una copertura territoriale di 82,7.</p> <p>Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare agli anziani, la percentuale di comuni che la offrono è pari a 89,2 con una copertura a livello territoriale di 86,1. (Fonte dati ISTAT)</p> <p>Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 17'473 su un totale di popolazione anziana &gt;= di 65 anni pari a 871'413 unità, coprendo pertanto il 2% della popolazione anziana.</p> <p>Due progetti per l'assistenza domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● HOME CARE PREMIUM</li> </ul> <p>Assistenza domiciliare per persone non autosufficienti nella SDS Valdarno Inferiore</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cure domiciliari per pazienti oncologici (13 Giugno 2013)</li> </ul> <p>Per la prima volta in Toscana è stata stipulata la convenzione che garantisce l'integrazione tra il servizio sanitario</p>

		<p>pubblico e le associazioni di volontariato per l'assistenza domiciliare al paziente oncologico.</p> <p>A firmarla l'Asl, la Società della Salute, l'Ail (Associazione Italiana per lotta alle leucemie, linfomi e mielomi), la Fondazione Ant (Associazione Nazionale Tumori) e l'Att (Associazione Toscana Tumori).</p>
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE sì inoltre è presente un'area denominata "Diario del cittadino" dove il cittadino può scrivere direttamente dati sanitari, informazioni su stile di vita, vaccinazioni, farmaci, promemoria per controlli medici e inserire documenti come referti di esami effettuati in strutture non convenzionate, referti archiviati in casa o precedenti all'attivazione del fascicolo.</li> <li>• CUP/refertazione sì</li> <li>• Ricetta Digitale/ rete medici sì, nel 2010 stanziati un milione di euro per garantire a tutti i medici di famiglia di essere connessi in rete, e assolvere così a una serie di impegni e in qualche caso obblighi, come l'invio dei certificati di malattia o l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico.</li> <li>• Progetti Telemedicina/Teleassistenza</li> </ul>
11	Armonizzazione <i>(da rapporto ministeriale LEA)</i>	<p>Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori pubblicata nel rapporto di monitoraggio dei LEA 2011, la Regione, con un punteggio pari a 168 (range -25 – 225), si colloca in una situazione "adempiente".</p> <p>Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 75, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82.</p>
12	Empowerment del cittadino	<p>Il Patient web empowerment PWEI in Toscana, riferito al 2012 è pari a 4,04, secondo quanto indicato dall'ultimo rapporto.</p>

Regione Umbria				
Dati aggiornati al 30 novembre 2013				
1	Popolazione e Territorio ( da sito istat-censimento 2011)		Dato regionale	Dato nazionale
		Numero Abitanti	903.638	16°
		% della popolazione italiana	1,49%	
		Densità per Km <sup>2</sup>	106,86	media 192,03
		Superficie	8.456 Km <sup>2</sup>	media 14.351 Km <sup>2</sup>
		n. province	2	112
		n. comuni	92	8425
		% popolazione 0-14	12,9%	14%
		% popolazione over 65	23,1%	20,3%
		% popolazione over 85	3,60%	2,76%
		% indice dipendenza	56%	52%
		% indice dipendenza anziani	36%	31%
		numero componenti nucleo familiare	2,41	2,44
		% anziani soli	28,08%	28,09%
		% famiglie +5 componenti	5,89%	4,34%
reddito medio pro capite	18.630€	€ 19.660		
% persone con almeno una malattia cronica	42%	38,6%		
2	Organizzazione regionale ( Sito regione)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In Regione Umbria sono presenti l'assessore alla salute e l'assessore alle politiche e programmi sociali. All'interno della direzione regionale Salute, coesione sociale e società della conoscenza sono presenti gli uffici di programmazione socio-sanitaria dell'assistenza di base e ospedaliera (al cui interno è attivo il servizio di Assistenza sanitaria di base, specialistica, tutela salute materno-infantile e salute in carcere) e il servizio di inclusione sociale e integrazione socio-sanitaria.</li> <li>• n. 2 Unità Sanitarie Locali (USL) (erano 4 a dicembre 2009)</li> <li>• n. 12 Distretti                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 75.303 abitanti (la media nazionale è pari a 85.670)</li> </ul> </li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ la superficie di competenza del distretto è pari a 704 km<sup>2</sup> e con una distribuzione pari a &lt;140 km<sup>2</sup> nel 0% , tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 0%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 33,3% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 66,7% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a kmq 413, la regione ha più del 66,7% dei Distretti con una superficie di competenza maggiore della media nazionale.</li> </ul>
3	<p>Piano Sanitario Regionale <i>(da sito del consiglio regionale umbria, LR n.18, PSR 2009-2011)</i></p>	<p>Il piano sanitario più recente risale al PSR 2009-2011. Il 12 Novembre 2012 è stato approvato il nuovo Ordinamento del servizio regionale con la legge regionale numero 18. Secondo questa legge fino all'approvazione del nuovo Piano sanitario regionale vigono le disposizioni del Piano precedente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Il nuovo ordinamento del servizio regionale prevede il rafforzamento della rete territoriale, nella quale vanno potenziate le sue componenti di base, specialistiche, di residenzialità e domiciliarità, (assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata e le cure palliative), mediante la riqualificazione organizzativa dei Distretti e la promozione dell'istituzione delle Case della Salute. Inoltre è stata approvata la scadenza di 12 mesi per la trasmissione al Consiglio regionale del Piano sanitario regionale, che dovrebbe quindi essere pronto per Novembre 2013.</li> <li>● Secondo il PSR 2009-2011 <i>i centri di salute rappresentano il punto di contatto e di accesso unico del cittadino per tutte le prestazioni sanitarie e sociali che attraversano il sistema primario, facilitando una prassi comunicativa e di integrazione fra tutte le professionalità coinvolte nella presa in carico dei cittadini. I Nuclei di assistenza primaria di Medicina generale e di Pediatria di Libera scelta, al pari di altri gruppi operativi, sono componenti fondamentali di questo sistema e partecipano al miglior allineamento possibile tra domanda ed offerta garantita, oltre che dai Centri di Salute, dai Dipartimenti territoriali (Salute mentale e Dipendenze) e dagli altri servizi distrettuali (quali i servizi di riabilitazione e per l'età evolutiva)</i></li> <li>● <i>Il PSR 2007-2011 introduce la sperimentazione della Casa della Salute. Rappresenta un'evoluzione" dei Centri di Salute (CdS) esistenti, in cui il valore aggiunto è dato dall'integrazione degli ambulatori dei medici di MMG, PLS, CA e degli specialisti territoriali e il raccordo con l'assistenza residenziale. Oltre a tutte le attività proprie del CdS, è la sede degli ambulatori dei MMG e dei PLS, che si rendano disponibili, e del servizio di Continuità Assistenziale.</i></li> <li>● <i>Il PSR 2003-2005 prevede la realizzazione di alcuni ospedali di territorio, che rappresentano una evoluzione del concetto di ospedale di comunità. Tali ospedali sono ubicati ad Umbertide, Assisi, Castiglione del Lago, Città della Pieve, Marsciano, Todi, Cascia, Gualdo Tadino, Norcia, Amelia e Narni. Obiettivo prioritario nel triennio è il potenziamento delle strutture intermedie, tale da garantire la presenza di RSA a degenza breve in ogni Distretto, poiché a fronte di un fabbisogno stimato nel PSR di 500 pl ne risultano attivati 201 (dati al 01.01.2006).</i></li> </ul>
4	<p>Spesa sanitaria e spending review <i>(Sito del Ministero della Salute)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Regione con Piano di Rientro: NO</li> <li>● Spesa Sanitaria pro capite: € 1.809</li> <li>● Spesa lorda pro capite per farmaci: € 180</li> </ul>

	<i>e istat-censimento 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spesa sanitaria totale: €1.642 milioni</li> <li>Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: € 102</li> <li>Secondo i tagli previsti dalla spending review la regione Umbria è l'unica nel panorama italiano a trovarsi nella situazione di dover attivare sia posti letto per acuti che per post-acuti per adeguarsi agli standard di riferimento italiani fissati dalla spending review. In particolare verranno attivati rispettivamente 94 (+3%) e 359 (+111) posti letto, rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%.</li> </ul>
5	Indicatori di efficienza ( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 3,52%</li> <li>Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 59,79%</li> <li>Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 28,72%</li> <li>Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 153,59</li> </ul>
6	Associazionismo Medico (da istat-censimento 2011, siti USL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>n. MMG: 763</li> <li>n. assistiti per MMG : 1.022 ( media nazionale 1.133)</li> <li>n. PLS: 115</li> <li>n. assistiti PLS: 793 (media nazionale 856,88)</li> <li>associazionismo: n.d.</li> </ul> <p>Nell'anno 2004 sono state attivate in Umbria le equipe territoriali. Nel 2005 risultavano attivate 50 equipe territoriali di Medici di Medicina Generale (MMG) con il coinvolgimento di 742 professionisti (range 4-28; media 15) e 18 equipe territoriali di Pediatri di libera scelta(PLS). Il nuovo Ordinamento del servizio sanitario regionale ha predisposto, riguardo i modelli organizzativi per l'erogazione delle Cure Primarie, la realizzazione di 4 Nuclei di Cure Primarie.</p>
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute (siti USL, altri documenti di programmazione)	<ul style="list-style-type: none"> <li>In Umbria il Distretto è articolato in più Centri di Salute (<i>struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del Distretto</i>), supportati dall'istituzione delle équipe territoriali.</li> <li>I centri di salute attivi sono 19 per la USL 1 e 16 per la USL 2.</li> <li>Il nuovo Ordinamento del servizio sanitario regionale ha predisposto, riguardo i modelli organizzativi per l'erogazione delle Cure Primarie, la realizzazione di 2 Case della Salute.</li> <li>La Casa della Salute attivata a Marsciano, sul territorio della USL 1, presenta al suo interno anche la direzione del distretto e 20 p.l. per RSA. La Casa della Salute di Trevi è ancora in via di apertura.</li> </ul>
8	Cure Intermedie (da sito ministero della salute,	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dal sito del Ministero della salute risultano attive 3 strutture di Hospice per un totale di 28 posti letto.</li> <li>Secondo il più recente rapporto Istat i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi il 31 dicembre 2010</li> </ul>

	<i>sito ASR lombardia, rapporto Istat sanità</i>	<p>dispongono complessivamente di 4.538 posti letto di cui 2.630 per un target anziano.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondo i dati della direzione generale del sistema informativo del Ministero della Salute i p.l. residenziali nel 2010 erano 2.701 e quelli semiresidenziali 900 per un totale di 400 p.l. per 100.000 abitanti. Di questi il 67% fornisce assistenza agli anziani.</li> </ul>
9	Assistenza domiciliare <i>( da istat-censimento 2011, sito Saluter, dati istat – adi 2012)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza domiciliare in Umbria è fornita dal 81,5% dei comuni per i disabili e dal 76,1% per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 64,1% e del 72,4% del fabbisogno territoriale.</li> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 16.494 su un totale di popolazione anziana <math>\geq</math> di 65 anni pari 208.740 unità, coprendo pertanto l'8% della popolazione anziana.</li> </ul>
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti <i>( da siti USL, report telemedicina istud e rapporto Innovazione nell'Italia delle Regioni 2012 – CISIS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cup: con la recente attivazione del CUP Regionale, è stata data la possibilità all'utenza di prenotare la prestazione specialistica in tutte le strutture sanitarie pubbliche della regione Umbria. È possibile effettuare le prenotazioni anche recandosi presso le farmacie selezionate.</li> <li>• Referti on line: il servizio, attualmente, è attivo tutti gli utenti della Usl 1 e per gli utenti della ex Asl 3 di Foligno, Spoleto, Valnerina e sarà presto disponibile anche per gli utenti della ex Asl 4 della provincia di Terni. I referti sono visualizzabili e stampabili direttamente dal computer di casa, dal CUP del Centro di Salute o presso una Farmacia abilitata.</li> <li>• Ricette elettroniche: in Umbria la sperimentazione della ricetta elettronica sarebbe dovuta partire il 30 dicembre 2012 ma al momento non risulta attiva.</li> <li>• FSE: dal rapporto del CISIS del 2012 in Umbria il FSE è in realizzazione.</li> <li>• Progetti telemedicina: n.d.</li> </ul>
11	Monitoraggio LEA <i>(da Rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)</i>	<p>Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori presentata nel Rapporto di monitoraggio 2011 dei LEA, la Regione Umbria, con un punteggio pari a 184 (range -25 – 225), si colloca in una situazione “adempiente”. Nel 2011 la percentuale di anziani <math>\geq</math> 65 anni trattati in ADI si attese al 7,21%, rispetto al target identificato dal Ministero del 4%</p> <p>Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 72, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82.</p>
12	Empowerment del cittadino <i>(dal sito Università Bocconi - Osservatorio sul patient web empowerment; dal sito USL, Tratto dal cap. 5.4 del Regolamento Portale Web)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient web empowerment indicator (PWEI ) in Umbria, riferito all'anno 2012, si attesta a 2,5, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto .</li> <li>• I siti internet delle nuove USL unificate sono online da luglio 2013, l'aggiornamento e la pubblicazione dei contenuti sono curati dal Comitato di Redazione dell'Azienda Usl Umbria 2 e, per l'Usl Umbria 1, dal responsabile del procedimento.</li> <li>• <i>Il responsabile del procedimento è il riferimento per l'organizzazione dei contenuti del sito e supervisiona il loro aggiornamento ed è</i></li> </ul>

<p><i>Istituzionale 'Az. USL        Umbria 1 - DDG. n. 658 del        29/08/2013)</i></p>	<p><i>individuato nel Responsabile dell'UO Sviluppo Qualità Comunicazione o suo delegato, cui competono le seguenti funzioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Propone l'inserimento di nuove sezioni funzionali al sito, rispondenti alle necessità dell'utenza, compresa l'agevolazione nel reperimento dei documenti e banche dati in base a quanto previsto dalle Linee guida per i siti Web della pubblica amministrazione</i></li> <li>○ <i>Controlla i contenuti a pubblicazione avvenuta, avvalendosi di un sistema di reportistica sugli aggiornamenti delle pagine Web</i></li> <li>○ <i>Effettua un controllo semestrale sul rispetto del D.lgs n. 82/2005 per quanto riguarda il PWI, e delle Linee guida per i siti Web della pubblica amministrazione</i></li> <li>○ <i>Fornisce, ove richiesto, consulenze sul contenuto e la sua impostazione</i></li> <li>○ <i>Interviene, se necessario, nella modifica di pagine Web</i></li> </ul>
---	---



Regione Valle d'Aosta				
Dati aggiornati al 30 novembre 2013				
1	Popolazione e Territorio <i>(da sito istat-censimento 2011)</i>		Dato regionale	Dato nazionale
		Numero Abitanti	128.048	21°
		% della popolazione italiana	0,21%	
		Densità per Km <sup>q</sup>	39,24	media 192,03
		Superficie	3.263 Km <sup>q</sup>	media 14.351 Km <sup>q</sup>
		n. province	1	112
		n. comuni	74	8425
		% popolazione 0-14	14%	14%
		% popolazione over 65	20,9%	20,3%
		% popolazione over 85	2,76%	2,76%
		% indice dipendenza	54%	52%
		% indice dipendenza anziani	32%	31%
		numero componenti nucleo familiare	2,19	2,44
		% anziani soli	37,69%	28,09%
		% famiglie +5 componenti	2,07%	4,34%
		reddito medio pro capite	21.260€	€ 19.660
		% persone con almeno una malattia cronica	37,9%	38,6%
2	Organizzazione regionale <i>(da siti ufficiali provincia e quaderni di monitor 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In regione Valle d'Aosta è presente l'assessore alla Sanità e Politiche Sociali. All'interno degli uffici dell'assessorato alla sanità è presente il dipartimento di sanità territoriale e promozione della salute. All'interno dell'USL è presente un dipartimento gestione rischio clinico - qualità e sicurezza del paziente al cui interno è presente l'Area Territoriale.</li> <li>• n. 1 Aziende Sanitarie Locali (USL)</li> <li>• n. 4 Distretti sanitari                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 32.012 abitanti (la media nazionale è pari a 85.670)</li> <li>○ la superficie di competenza media del distretto è pari a 815,7 km<sup>2</sup> e con una distribuzione pari a &lt;140 km<sup>2</sup> nel 0% , tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 25%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 0% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 75% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a km<sup>q</sup> 413, la regione ha il 75% dei Distretti con una superficie di competenza maggiore della media nazionale.</li> </ul> </li> </ul>		

3	Piano Sanitario Regionale	<p>Piano Sanitario Regionale 2011-2013</p> <p><i>Nel periodo di validità del presente Piano si intende quindi ricercare il più ampio consenso e la condivisione degli operatori al fine di avviare in forma sperimentale progetti dedicati alla gestione di specifici ambiti assistenziali o di specifici quadri clinici ed epidemiologici a favore soprattutto delle zone periferiche e delle vallate laterali. Le attività funzionali alla realizzazione dello sviluppo della medicina territoriale sono pertanto le seguenti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato;</li> <li>– sviluppo della medicina d’iniziativa;</li> <li>– miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica;</li> <li>– definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell’assistenza;</li> <li>– valutazione dell’appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogati;</li> <li>– sviluppo dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata – ambulatoriale e domiciliare – a favore dell’anziiano, soprattutto se fragile, con il coinvolgimento di tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale.</li> </ul> <p><i>Attraverso il presente documento di programmazione si giudica inoltre necessario adottare e sperimentare modelli innovativi di cure primarie, per altro già dimostratisi efficaci, basati sulla medicina d’iniziativa. L’intero sistema sanitario, di fronte alla crescente prevalenza delle malattie croniche e delle patologie invalidanti, ha a lungo investito le sue risorse in misura maggiore nel settore delle malattie acute; si rende invece necessario a questo punto un intervento riformatore.</i></p>
4	Spesa sanitaria e spending review  <i>(Sito del Ministero della Salute e istat-censimento 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione con Piano di Rientro: NO</li> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: € 2.203</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: € 175,7</li> <li>• Spesa sanitaria totale: €283 milioni</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: € 109,4</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondo il programma proposto dalla spending review in Regione Valle d'Aosta per adeguarsi agli standard nazionali proposti sarà necessario chiudere in totale 10 nuovi posti letto: in particolare questo dato è legato alla mancanza di sufficienti posti letto per post acuti che dovranno essere incrementati di 77 (+962%) unità, mentre i p.l. per acuti dovranno essere ridotti per una quota pari a 87 (-19%) unità, rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%.</li> </ul>
5	Indicatori di efficienza  <i>( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 10,08%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 23,83%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 23,33%</li> </ul>

6	Associazionismo Medico <i>(da istat-censimento 2011, Carta dei servizi di assistenza primaria)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: n.d.</li> <li>• n. MMG: 90</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1.204 ( media nazionale 1.133)</li> <li>• n. PLS: 18</li> <li>• n. assistiti PLS: 708 (media nazionale 856,88)</li> <li>• associazionismo: n.d.</li> </ul> <p>Medicina in rete o di gruppo, non sono previste altre forme di aggregazione.</p>
8	Cure Intermedie <i>( da Sito Ufficiale della Regione Val D'Aosta)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con deliberazioni della Giunta regionale n. 2418 e 2419 in data 25 agosto 2006 e successive modificazioni sono stati approvati i requisiti organizzativi per l'esercizio di attività socio sanitarie nell'ambito di strutture pubbliche e private semi-residenziali e residenziali destinate alla cura delle persone affette da morbo di Alzheimer, per l'attivazione di Residenze Sanitarie assistenziali (RSA) e di Unità di assistenza prolungata (UAP).</li> <li>• Nella regione sono attualmente attive le seguenti tipologie di strutture:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nucleo residenziale per la cura delle persone affette dal morbo di Alzheimer, ubicate presso la Casa di Riposo J.B. Festaz di Aosta e la Casa Domus Pacis di Donnas;</li> <li>○ RSA – un nucleo ubicato presso la Casa di Riposo J.B. Festaz e una struttura ad Antey-St-André;</li> <li>○ UAP – un nucleo ubicato presso la Casa di Riposo J.B. Festaz.</li> </ul> <p>Le strutture sono gestite sulla base di convenzioni stipulate con l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, salvo la RSA di Antey-St-André gestita direttamente dall'Azienda USL della Valle d'Aosta.</p> </li> <li>• La tariffa giornaliera a carico dell'ospite per il ricovero presso tali strutture comprende la quota alberghiera ed in parte assistenziale ed è determinata in base alle modalità ed ai criteri definiti dalle direttive impartite dalla Regione in materia di contribuzione per i servizi socio assistenziali residenziali anziani ai sensi della legge regionale 93/1982. Gli inserimenti presso la UAP e la RSA per i primi 30 giorni per i cittadini residenti in Valle d'Aosta, sono totalmente a carico del Servizio sanitario regionale.</li> <li>• Le UAP (Unità di assistenza prolungata) sono strutture destinate a pazienti in gravissime condizioni per i quali, considerata la completa non autosufficienza ed il quadro clinico, sono necessari standard di assistenza sanitaria più elevati rispetto a quelli garantiti nelle Residenze sanitarie assistenziali. Sono destinate a pazienti, in genere in fase di dimissione ospedaliera, che hanno superato la fase acuta ma che, non potendo essere idoneamente assistiti al proprio domicilio, necessitano di ricovero in strutture, non ospedaliere, ove siano garantite loro adeguate ed appropriate cure sanitarie.</li> <li>• Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 12 2010: 2'233</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 12 2010 per ospiti anziani 1'086</li> <li>• In Val D'Aosta è presente un unico Hospice.</li> </ul>
9	Assistenza domiciliare <i>(da istat censimento-2011, relazione sanitaria 2011, dati istat – adi 2012)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza domiciliare in Sicilia è fornita dal 20,3% dei comuni per i disabili e dal 78,4% per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 16,6% e del 84,6% del fabbisogno territoriale.</li> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 109 su un totale di popolazione anziana <math>\geq</math> di 65 anni pari 26.762 unità, coprendo pertanto lo 0% della popolazione anziana.</li> </ul>
10	Digitalizzazione e tecnologie abilitanti <i>(da sito della regione, sito inva e rapporto Innovazione nell'Italia delle Regioni 2012 – CISIS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cup: dal 4 novembre 2002 è stato attivato il CUP (Centro Unificato Prenotazioni) telefonico dedicato esclusivamente alla prenotazione telefonica.</li> <li>◦ Ricette elettroniche: è iniziata a luglio 2013 la sperimentazione che prevede l'introduzione graduale del corrispettivo digitale che porterà alla completa dematerializzazione della prescrizione medica</li> <li>◦ Rete di medici: non ci sono informazioni</li> <li>◦ Referti on Line: non ci sono informazioni</li> <li>◦ FSE: in attuazione delle linee di indirizzo nazionali è stato previsto un apposito progetto regionale volto alla costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico, così come previsto dalla Delibera di Giunta Regionale di "Approvazione delle linee guida all'Azienda USL della Valle d'Aosta per la costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico" del 13/08/2010, n. 2209. Attualmente si è conclusa la fase di progettazione esecutiva ed è stato definito il programma attuativo</li> <li>• Progetti telemedicina: La teleassistenza è un servizio complementare al telesoccorso e può integrare il servizio di assistenza domiciliare, specie negli orari in cui la persona si trova sola, sostenendo sia gli anziani che i loro familiari. La persona viene contattata periodicamente dalla centrale operativa, che verifica il suo stato di salute complessivo; inoltre la persona può contattare autonomamente la centrale per richiedere interventi di tipo medico, infermieristico, domestico o sociale. I servizi sono destinati a persone anziane o disabili e, tra esse, prioritariamente a quelle che essendo sole hanno difficoltà a gestire il quotidiano presso il domicilio. La richiesta del servizio deve essere presentata alla Comunità Montana di riferimento e al Comune di Aosta</li> </ul>
11	Monitoraggio LEA	Il rapporto di monitoraggio dei LEA del 2011 non include i dati del Trentino-Alto Adige.

12	Empowerment del cittadino <i>(dal sito Università Bocconi - Osservatorio sul patient web empowerment)</i>	° Patient web empowerment indicator (PWEI ) in Sicilia, riferito all'anno 2012, si attesta a 1,42, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto .
----	---	---

Regione Veneto				
Dati aggiornati al 30 novembre 2013				
1	Popolazione e Territorio <i>(da sito istat-censimento 2011)</i>		Dato regionale	Dato nazionale
		Numero Abitanti	4.925.146	5°
		% della popolazione italiana	8,14%	
		Densità per Km <sup>q</sup>	267,8	media 192,03
		Superficie	18.391 Km <sup>q</sup>	media 14.351 Km <sup>q</sup>
		n. province	7	
		n. comuni	581	
		% popolazione 0-14	14,2%	14%
		% popolazione over 65	19,9%	20,3%
		% popolazione over 85	2,75%	2,76%
		% indice dipendenza	52%	52%
		% indice dipendenza anziani	30%	31%
		numero componenti nucleo familiare	2,46	2,44
		% anziani soli	25,97%	28,09%
		% famiglie +5 componenti	5,24%	4,34%
		reddito medio pro capite	20.270€	€ 19.660
		% persone con almeno una malattia cronica	38,2%	38,6%
2	Organizzazione regionale <i>(Sito regione)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In regione Veneto sono presenti l'assessore alla Sanità e l'assessore ai servizi sociali. All'interno degli uffici dell'assessorato alla sanità sono poi presenti l'unità complessa di Assistenza distrettuale e cure primarie, facente capo alla direzione di attuazione della programmazione sanitaria, e l'unità complessa di programmazione del terzo settore e non autosufficienza, facente capo alla direzione dei servizi sociali.</li> <li>• n. 22 Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS)</li> <li>• n. 54 Distretti sanitari:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ il bacino di utenza medio è pari a 91.206 abitanti (la media nazionale è pari a 85.670)</li> <li>○ la superficie di competenza media del distretto è pari a 340,6 km<sup>2</sup> e con una distribuzione pari a &lt;140 km<sup>2</sup> nel 25,5% , tra 140 e 349 km<sup>2</sup> nel 23,5%, tra 350 e 599 km<sup>2</sup> nel 34% e &gt;600 km<sup>2</sup> nel 17% dei distretti. La media della superficie di competenza del distretto in Italia è pari a km<sup>q</sup> 413, la regione ha più del 17% dei Distretti</li> </ul> </li> </ul>		

		con una superficie di competenza maggiore della media nazionale.
3	Piano Sanitario Regionale (da PSSR 2012-2016)	<p>Attualmente è in vigore il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016. A Luglio 2013 la Giunta regionale ha approvato le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni azienda ULSS, tenendo conto dell'articolazione distrettuale, della distribuzione delle strutture sul territorio regionale nonché dell'accessibilità da parte del cittadino. Ora queste, insieme alle schede di dotazione ospedaliera devono passare al vaglio della Commissione sanità del Consiglio regionale.</p> <p>Nel PSSR 2012-2016 si prefigurano come scelte strategiche della programmazione regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la realizzazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali: <i>le 20 ULSS che hanno presentato il Piano per il potenziamento dell'assistenza primaria, hanno ipotizzato la realizzazione di 148 AFT, quali organizzazioni funzionali, caratterizzate dall'appartenenza obbligatoria dei Medici Convenzionati. Il criterio di programmazione prevede di norma una Aggregazione Funzionale Territoriale ogni 50.000 abitanti e sono costituite solo da MMG e PLS. In linea generale si può evidenziare che l'individuazione delle AFT risponde alle caratteristiche geografiche territoriali, di viabilità e alle specificità locali (Comuni di piccole dimensioni; zone montane e lagunari), alla numerosità della popolazione assistita (afferenza storica) e alla presenza sul territorio di forme di aggregazione dei Medici di Assistenza Primaria già in essere. Secondo le recenti schede di dotazione territoriale, però, le AFT da attivare saranno 99 e non 148 come pianificato dalle Aziende ULSS venete;</i></li> <li>• la realizzazione di Unità Complesse di Cure Primarie: <i>nel sistema veneto la Medicina di gruppo integrata si identifica con le UCCP che devono essere costituite da almeno 4 MMG per un bacino fino ad un massimo di 5.000 assistiti. A queste forme associative possono partecipare anche Medici Specialisti, Infermieri e Medici di Continuità Assistenziale. Inoltre verranno gestite alcune prestazioni sanitarie finora d'ambito ospedaliero (medicazioni lesioni cutanee, spirometrie, elettrocardiogrammi, test allergologici). Gli infermieri inseriti nelle UCCP forniscono assistenza domiciliare h12, prevenzione, educazione terapeutica e assistenza;</i></li> <li>• <i>è stato fissato lo standard complessivo ottimale di 1,2‰ posti letto/abitante per le strutture di ricovero intermedie. Considerata la popolazione over 42 quale target ottimale di queste strutture, la dotazione complessiva di posti letto risulta pari a 3.038;</i></li> <li>• <i>il potenziamento ed il consolidamento dell'integrazione funzionale delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni) con i servizi distrettuali, ricercando in ciascun territorio un corretto rapporto tra gli standard di offerta dell'assistenza domiciliare e l'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali;</i></li> <li>• <i>la rivisitazione dell'assistenza medica all'interno delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni);</i></li> <li>• <i>lo sviluppo delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni) aperte al territorio, in grado di erogare oltre alla tradizionale accoglienza residenziale, altri servizi di supporto alla domiciliarità (es. fornitura pasti, servizi assistenziali e riabilitativi, ecc.), fino a comprendere strutture di ricovero intermedie (es. ospedali di comunità);</i></li> <li>• <i>lo sviluppo pianificato, in maniera omogenea a livello regionale, di modelli che garantiscano la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo del case manager</i></li> </ul>



		<p><i>(infermieristico) quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>il raggiungimento di una piena integrazione informativa e gestionale tra assistenza domiciliare sanitaria e sociale, coinvolgendo i Comuni nell'ottica di realizzare gradualmente un Servizio Assistenziale Domiciliare 7 giorni su 7 e, quindi, offrire una continuità di risposta.</i></li> </ul>
4	<p>Spesa sanitaria e spending review</p> <p><i>(Sito del Ministero della Salute e istat-censimento 2011)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione con Piano di Rientro: NO</li> <li>• Spesa Sanitaria pro capite: € 1.753</li> <li>• Spesa lorda pro capite per farmaci: € 177</li> <li>• Spesa sanitaria totale: €8.674 milioni</li> <li>• Spesa sanitaria media mensile delle famiglie: € 134</li> <li>• Secondo la Spending Review i posti letto da tagliare nel Veneto sono 1225 (-7,8%) per quanto riguarda le acuzie, mentre bisogna incrementare di 693 unità (+25%) i posti letto dedicati ai post-acuti rispetto ai dati relativi al 01/01/12, rispetto ad una media nazionale che prevede una riduzione di posti letto per acuti del 7% ed un aumento di posti letto post acuti del 18,5%. Nelle schede di dotazione ospedaliera, che accompagnano il Piano socio sanitario del Veneto, è stato confermato il taglio di 1227 posti letto per acuti, mentre è stato deciso di attivare 1263 p.l. all'interno delle strutture di cure intermedie. Inoltre sono stati introdotti dei posti letto per acuti extraregione (n. 313), attribuibili esclusivamente ai pazienti che arrivano da fuori Veneto.</li> <li>• I posti letto da attivare per le strutture di cure intermedie sono 1.263 e l'adeguamento dovrà essere realizzato nel triennio 2013-2015, con attivazione graduale di posti letto rapportata al fabbisogno assistenziale, ad integrazione di quanto già attivato nelle singole Aziende ULSS per ciascuna tipologia di riferimento e della ridefinizione dell'offerta ospedaliera. Ogni Azienda ULSS potrà decidere quali tipi di strutture intensificare nel proprio territorio, sebbene il Dgr n°127 del 11 febbraio 2013 avesse definito lo standard p.l./abitante per le singole strutture pari a 0,66‰ per gli Ospedali di Comunità, 0,05‰ per gli Hospice e 0,33‰ per le Unità di Riabilitazione Territoriale (URT).</li> </ul>
5	<p>Indicatori di efficienza</p> <p><i>( da rapporti ministeriale schede SDO e LEA)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoveri oltre soglia di pazienti over 65: 7,4%</li> <li>• Ricoveri DH medici diagnostici/DH medici: 24,02%</li> <li>• Ricoveri ordinari medici brevi/ medici totali: 16,58%</li> <li>• Tasso di ospedalizzazione standardizzato: 138,69</li> </ul>
6	<p>Associazionismo Medico</p> <p><i>(da istat-censimento 2011, PSSR)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. MMG: 3.511</li> <li>• n. assistiti per MMG : 1.207 ( media nazionale 1.133)</li> <li>• n. PLS: 572</li> <li>• n. assistiti PLS: 967 (media nazionale 856,88)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• associazionismo: 33% associazione semplice, 12% associati in rete, 28% in gruppo, 1% in gruppo integrato, 8% in UTAP.</li> </ul> <p>È stata pianificata l'apertura di 99 AFT a partire dal 2014 a cui tutti gli MMG Veneti dovranno aderire, nei casi in cui i medici non potranno aggregarsi fisicamente per motivi geografici (zone montane, comuni isolati) verranno messi in contatto con gli altri medici delle AFT attraverso la tecnologia di rete.</p>
7	Unità Complessa di Cure Primarie – Casa della Salute <i>(siti PSSR e schede di organizzazione territoriale)</i>	<p>Attualmente la tipologia di associazionismo diffusa nel Veneto sono le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP). Le UTAP garantiscono la continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e presentano al loro interno MMG, PLS, infermieri e Medici di Continuità Assistenziale. Nel 2010, con due delibere pubblicate il 27 gennaio dello stesso anno, queste strutture avevano visto un arresto e l'obiettivo minimo di almeno due poliambulatori per ULSS, fissato dal Piano sanitario regionale 2007-2009, era diventato il tetto massimo. Le UTAP attive sono 35, ma secondo le nuove disposizioni legislative regionali è previsto un ridimensionamento e il passaggio da forma aggregata a forma integrata annessa alle AFT. Gli MMG in UTAP passeranno quindi da 257 all'inizio del 2013 a 168 per fine 2013. Attualmente i medici che fanno parte di medicine di gruppo integrata sono 22 ma è previsto che siano 1053 per la fine del 2013.</p> <p>A “Vallata Feltrina”, dove l'Utapi è già diventata medicina di gruppo integrata, non sono cambiate né la sede né i medici aderenti. Quello che è cambiato, invece, è il nuovo approccio ai pazienti.</p>
8	Cure Intermedie <i>(da PSSR, sito regione veneto, schede di dotazione territoriale, sito ministero della salute, sito ASR lombardia, rapporto Istat sanità)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il numero di posti letto già attivati, così come rilevato dal rapporto regionale “Monitoraggio e verifica Strutture Residenziali Extraospedaliere” del giugno 2011, risulta complessivamente pari a 1775 unità, poiché rientrano in questa tipologia anche i 184 p.l. negli Istituti e Centri di Riabilitazione, i 621 p.l. delle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette e i 181 p.l. degli Hospice.</li> <li>• I posti letto attivi come OdC nella regione Veneto sono 231 (2012). La durata della degenza di norma non supera i 20 giorni, e fino al 30° giorno non è prevista partecipazione alla spesa mentre a partire dal 31°giorno la quota è di 25 euro/die e 45 dal 61° giorno.</li> <li>• I posti letto URT sono 657. Queste strutture si caratterizzano per un ricovero di media durata (indicativamente di 60 giorni), con relativa compartecipazione alla spesa, relativa alla quota alberghiera di 50 €/die e ai ticket per le prestazioni specialistiche, da parte dell'assistito.</li> <li>• Con il DGR 2961/2012 è stata introdotta l'anagrafe unica di tutte le Unità di Offerta (UDO) nell'ambito della residenzialità extraospedaliera suddivise per zone geografiche. Fanno parte delle UDO: RSA, centri diurni, SAPA (sezione alta protezione Alzheimer), SSVP(sezione stati vegetativi permanenti), strutture per religiosi, case albergo per anziani.</li> <li>• Secondo il più recente rapporto Istat i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi il 31 dicembre 2010 dispongono complessivamente di 44.7171 posti letto di cui 34.746 per un target anziano</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondo i dati della direzione generale del sistema informativo del Ministero della Salute i p.l. residenziali nel 2010 erano 32.407 e quelli semiresidenziali 9.506 per un totale di 853 p.l. per 100.000 abitanti. Di questi il 66,5% fornisce assistenza agli anziani.</li> <li>• Dal sito del Ministero della salute risultano attive 21 strutture di Hospice per un totale di 173 posti letto.</li> </ul>
9	Assistenza domiciliare <i>(da istat-censimento 2011, PSSR, dati istat – adi 2012)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assistenza domiciliare in Umbria è fornita dal 79,5% dei comuni per i disabili e dal 81,3% per gli anziani, dando così una copertura rispettivamente del 93,3% e del 97,4% del fabbisogno territoriale.</li> <li>• Nel 2012 gli anziani seguiti in ADI sono stati 55.308 su un totale di popolazione anziana &gt;= di 65 anni pari 980.104 unità, coprendo pertanto il 6% della popolazione anziana.</li> </ul>
10	Digitalizzazione tecnologie abilitanti <i>( da siti ULSS, report telemedicina istud e rapporto Innovazione nell'Italia delle Regioni 2012 – CISIS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cup: in Veneto sono presenti i centri unici di prenotazione per ogni azienda ULSS e per le due aziende ospedaliere. Presso le aziende ospedaliere di Padova e di Verona è possibile, inoltre, prenotare on-line le prestazioni specialistiche.</li> <li>• Referti on line: a fine 2012 è stato concluso il progetto ESCAPE che permette al cittadino di scaricare i referti da internet. Il progetto, per il quale sono stati spesi 4.435.000 euro, è stato coordinato dal Consorzio Arsenà.IT, Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale che ha come socie le 23 aziende sociosanitarie e ospedaliere venete. Veneto Escape è un progetto di riuso, pratica che garantisce la possibilità agli enti pubblici di usufruire di programmi informatici e soluzioni tecnologiche e organizzative già sperimentate da altri enti, abbattendo i costi iniziali di adozione. L'ente cedente è stata l'Azienda ULSS 9 Treviso che per prima ha sviluppato la soluzione Escape di download referti online. Sono 56 milioni gli euro risparmiati in tre anni dalla sanità veneta grazie a questo progetto. Il referto digitale ha permesso di ridurre i tempi di refertazione di oltre il 61%, riducendo gli errori e potenziando le garanzie di privacy (minor numero di professionisti accede ai dati del paziente). Notevole anche il risparmio per i 5 milioni di cittadini (a farlo sono già 6 su dieci) visto che il referto online permette ai veneti di recuperare ogni anno 120 milioni di euro in viaggi evitati e tempo recuperato.</li> <li>• Ricette elettroniche: Il progetto “Prescrizione farmaceutica elettronica e fascicolo sanitario farmaceutico” prevede la creazione di un collegamento telematico tra le farmacie, la rete dei medici di medicina generale e le aziende sanitarie e ospedaliere. Il progetto biennale coinvolge 6 aziende sociosanitarie e ha come capofila l'Azienda ULSS 9 Treviso. Grazie alla realizzazione di un'infrastruttura in grado di gestire in modo efficace e interoperabile il ciclo di vita della prescrizione elettronica e all'introduzione di soluzioni organizzative e di applicativi informatici per permettere la rendicontazione verso le aziende sanitarie ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, l'obiettivo è di incrementare l'efficienza dell'intero sistema prescrittivo.</li> <li>• Rete di medici: DOGE è un progetto della Regione Veneto che ha permesso la creazione di una rete di servizi per i professionisti sanitari di primary care (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) per la condivisione dei dati clinici. Il progetto pilota si è concluso con successo nell'Azienda ULSS 19 Adria, in collaborazione con l'Azienda</li> </ul>

		<p>ULSS 18 Rovigo con la quale condivide il sistema informativo. La sperimentazione nell'ULSS di Adria è durata due anni con il coinvolgimento di 70 operatori e l'ingresso a regime nel 2011. Il progetto ha previsto la realizzazione di una rete di servizi in grado di soddisfare le esigenze dei vari attori coinvolti nel processo di cura. L'obiettivo è stato quello di aumentare il livello di continuità assistenziale attraverso la condivisione del dato clinico da parte degli operatori autorizzati, ponendo il cittadino al centro dei processi di diagnosi e cura. Il progetto DOGE ha permesso di progettare e implementare una infrastruttura di servizi adottata dalla Regione del Veneto per la successiva diffusione a livello regionale, che a maggio 2013 conta il 94% dei medici di medicina generale, l'83% dei pediatri di libera scelta e il 10% dei medici specialisti prescrittori operanti in Veneto collegati alla rete regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE: Veneto Escape e il progetto Doge rappresentano i pilastri sui quali la Regione Veneto, con il coordinamento di Arsenà.IT, sta realizzando il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale. Il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale è un progetto triennale deliberato nel 2012 (DGR n.1671 del 2012) dalla Regione Veneto e che sarà completato entro il 2015. Il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico sarà utilizzabile in diversi ambiti: ospedaliero, territoriale, sociale e di prevenzione e promozione della salute. Lo strumento sarà essere unico, indipendentemente dall'area dei servizi da cui provengono le informazioni. Attualmente solo presso l'Ospedale di Padova è presente il FSE e i cittadini possono chiederne l'attivazione semplicemente dando conferma al proprio MMG. Presso l'Ospedale di Verona si può usufruire del servizio di dossier sanitario elettronico dove sono raccolti tutti i referti degli esami svolti presso la stessa azienda ospedaliera.</li> <li>• Progetti telemedicina/teleassistenza: il progetto nazionale di Ricerca Sanitaria Finalizzata "Telemedicine Services for UTAP" promuove lo sviluppo dei servizi forniti dalle Unità Territoriali per le Cure Primarie (UTAP) o da altre forme avanzate di associazionismo medico (AFT), definite dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale allo scopo di incrementare il numero di servizi sanitari nel territorio. Gli obiettivi principali del progetto sono lo sviluppo di un network di informazione per il potenziamento dei servizi di telemedicina al fine di decentralizzare alcuni servizi ospedalieri, evitare inutili ospedalizzazioni e risparmiare sui costi connessi con il trasporto all'ospedale e il trasferimento di know-how ai medici di famiglia. Il progetto include due anni di implementazione e sviluppo e un anno di monitoraggio per uno specifico data set di parametri.</li> </ul>
11	<p>Monitoraggio LEA <i>(da Rapporto monitoraggio 2011 LEA pubblicato sul sito del Ministero della Salute)</i></p>	<p>Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori presentata nel Rapporto di monitoraggio 2011 dei LEA, la Regione Veneto, con un punteggio pari a 182 (range -25 – 225), si colloca in una situazione "adempiente". Nel rapporto dei LEA il punteggio totale riportato per Assistenza domiciliare e residenziale è pari a 78, il punteggio minimo da raggiungere per essere adempiente è di 70/82.</p>
12	<p>Empowerment del cittadino <i>(dal sito Università Bocconi - Osservatorio sul</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient web empowerment indicator (PWEI) in Veneto, riferito all'anno 2012, si attesta a 2,88, secondo quanto indicato nell'ultimo rapporto.</li> <li>• Accanto agli interventi programmati dal Piano Sociale Sanitario è prevista la promozione di azioni di selezione,</li> </ul>

	<p><i>patient web empowerment; dal siti USL, siti ULSS)</i></p>	<p>formazione ed accompagnamento delle persone che assistono gli anziani all'interno delle famiglie (come gli incontri organizzati dalla ULSS 5 di "Tecniche assistenziali di base per familiari e caregiver") e lo sviluppo del housing sociale protetto, soprattutto nei Comuni con alta dispersione demografica (piccoli Comuni montani e deltizi, lagunari e collinari, fatti di contrade isolate), in modo da ospitare per periodi diversificati (soprattutto d'inverno) anziani soli che difficilmente potrebbero essere raggiunti dal servizio domiciliare.</p>
--	---	--

# Osservatorio Nazionale Cure Primarie

Gentile cittadino, la Fondazione Istud, in collaborazione con Vance, sta conducendo uno studio per capire il livello organizzativo delle cure primarie sull'intero territorio italiano, con riguardo ai punti di forza e debolezza. I risultati saranno presentati il 27 Novembre in un convegno dedicato a Roma. La sua testimonianza sul sistema sanitario regionale e nazionale sarà fondamentale per capire i reali bisogni dei cittadini. Potremo raccogliere il suo pensiero attraverso la seguente intervista scritta, la cui durata media per la compilazione è di circa 10 minuti. Grazie per il suo contributo.

Per la compilazione: solo i campi segnati in rosso sono obbligatori. Se provando a cliccare su "Continua" non procede ricontrollare le risposte per essere sicuri di aver compilato adeguatamente tutte quelle obbligatorie.

In caso di problemi ulteriori contattare: [acappuccio@istud.it](mailto:acappuccio@istud.it)

**\*Campo obbligatorio**

## 1. Anno di Nascita \*

.....  
*Esempio: 15 dicembre 2012*

## 2. Genere \*

*Contrassegna solo un ovale.*

Uomo

Donna

## 3. Città di Residenza (Provincia) \*

.....

## 4. Stato Civile \*

*Contrassegna solo un ovale.*

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Separato/a

Divorziato/a

Partner convivente

Vedovo/a

## 5. Titolo di studio \*

*Contrassegna solo un ovale.*

Licenza elementare

Licenza media

Diploma

Laurea/Master

**6. Quale è la sua occupazione attuale? \****Contrassegna solo un ovale.*

- Operaio
- Commerciante
- Libero professionista
- Dirigente
- Casalinga
- Studente
- Impiegato
- Imprenditore
- Disoccupato
- Pensionato
- Artigiano
- Altro: .....

**7. Il suo nucleo familiare in quale fascia di reddito rientra (euro/anno)?***Contrassegna solo un ovale.*

- Meno di 15'000
- Tra 15'000 e 20'000
- Tra 20'000 e 33'000
- Tra 34'000 e 56'000
- Oltre 56'000

**8. Quanto paga per spese mediche ogni anno (escluse le cure odontoiatriche)?**

In "Altro" indicare il numero di componenti del nucleo familiare cui la spesa si riferisce

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- fino a 500 euro/anno
- fino a 1.500 euro/anno
- più di 1.500 euro/anno
- Non so/non voglio rispondere
- Altro: .....

**9. Hai mai valutato la possibilità di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria per lei o per un suo familiare?***Contrassegna solo un ovale.*

- Sì, l'ho già stipulata
- Sì, ci ho pensato ma per le spese che sostengo non è conveniente
- No, non ci ho mai pensato
- No, non la trovo di alcuna utilità
- Altro: .....



10. **Qualcuno all'interno del suo nucleo familiare soffre di una patologia cronica? \****Contrassegna solo un ovale.*

- Solo io
- Io ed un mio familiare
- Un mio familiare
- Più di un familiare
- Nessuno

11. **Quale è l'età del familiare che usufruisce maggiormente del servizio sanitario? \***

.....

12. **Quanto frequentemente si reca dal suo medico di medicina generale? \****Contrassegna solo un ovale.*

- Più di una volta al mese
- Una volta al mese
- Almeno una volta ogni tre mesi
- Una volta ogni sei mesi
- Meno di una volta l'anno

13. **Quanto frequentemente il/i suo/i familiare/i con malattia cronica si reca/no dal proprio medico di medicina generale?***Contrassegna solo un ovale.*

- Più di una volta al mese
- Una volta al mese
- Almeno una volta ogni tre mesi
- Una volta ogni sei mesi
- Meno di una volta l'anno

14. **Per quali prestazioni lei si reca maggiormente dal suo medico di base? \***

Disporre in graduatoria le 5 voci dove 5 è la motivazione più frequente e 1 la meno frequente

*Contrassegna solo un ovale per riga.*

	1	2	3	4	5
Malattia (febbre alta, nausea, cefalee, dolori)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita di controllo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescrizione farmaci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescrizione di esami/visite specialistiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certificato sportivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. **Per quali prestazioni il suo familiare con patologia cronica si reca maggiormente dal suo medico di base?**

Disporre in graduatoria le 5 voci dove 5 è la motivazione più frequente e 1 la meno frequente  
*Contrassegna solo un ovale per riga.*

	1	2	3	4	5
Malattia (febbre alta, nausea, cefalee, dolori)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita di controllo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescrizione farmaci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescrizione di esami/visite specialistiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certificato sportivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. **Ci sono altre prestazioni per cui lei o i suoi familiari vi recate dal medico di base?**

.....

.....

.....

.....

.....

17. **Come valuta la sua esperienza quando si reca dal medico di base? \***

Assegna un punteggio da 1 a 4 per ogni voce dove 1=per nulla soddisfatto e 4=molto soddisfatto  
*Contrassegna solo un ovale per riga.*

	1 per nulla soddisfatto	2 poco soddisfatto	3 abbastanza soddisfatto	4 molto soddisfatto
Struttura dove visita il suo medico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempi di attesa per la visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempi di attesa per la sola prescrizione di farmaci, visite specialistiche o esami diagnostici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accoglienza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appropriatezza delle cure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orario di visita del suo medico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orario di apertura della struttura dove il suo medico lavora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. **Il suo medico di base ha uno studio singolo o si trova in associazione con altri professionisti? \***

*Contrassegna solo un ovale.*

- Studio Singolo
- In associazione con altri medici di base con cui condivide solo gli spazi
- In associazione con altri medici senza condividere gli spazi ma attraverso tecnologie informatiche
- In associazione con altri medici di base a cui ci si può rivolgere in caso di bisogno quando il proprio medico non è di turno
- In associazione con altri medici di base e altri professionisti sanitari come infermieri, medici specialisti o guardia medica
- Non so

19. **Se alla risposta precedente ha segnato una delle risposte "in associazione" saprebbe specificare la tipologia?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Associazionismo semplice (condivisione degli spazi)
- Associazionismo in rete
- Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP)
- Casa della Salute
- Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)
- Unità complessa di cure primarie (UCCP)
- Nuclei di cure primarie (NCP)
- Consorzio
- Non so
- Altro: .....

20. **Se il suo medico è in associazione, lei è entrato in contatto anche con gli altri medici consociati?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

21. **Se il suo medico è in associazione, quali vantaggi o svantaggi trova in questo servizio?**

.....

.....

.....

.....

.....

22. **Se il suo medico non è in associazione, le piacerebbe che aderisse a questo tipo di forma organizzativa?**

Indicare sì o no e motivare brevemente

.....

.....

.....

.....

.....

23. **Quando il suo medico non è disponibile a chi si rivolge? \***

*Contrassegna solo un ovale.*

- Altri Medici di base che lavorano nello stesso studio del mio
- Guardia Medica
- Pronto Soccorso
- Studio Medico Privato
- Medici conoscenti
- Medico Specialista
- Altro: .....

24. **Lei chiede consigli al farmacista in caso di malore?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	
Mai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Spesso

25. **Il farmacista è stato in grado di rispondere alle sue richieste?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì, mi ha consigliato una terapia con farmaci da banco
- Sì, mi ha consigliato una terapia con farmaci da banco ma suggerendo di andare dal medico di base
- No, mi ha risposto solo di andare dal mio medico
- No, non sapeva come aiutarmi
- Altro: .....

26. **Se ha bisogno il suo medico la visita anche a casa?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- Sì, a pagamento
- No
- Non so

27. **Se il suo medico fa parte di associazioni con altri professionisti sanitari (UTAP, Case della Salute, AFT, UCCP) ha sfruttato altri servizi di questa organizzazione?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

28. **Se sì, quali?**

.....

29. **Se il suo medico è passato da forma singola a forma ad una forma associativa è cambiato il modo di usufruire del servizio da parte sua e dei suoi familiari? Se sì, come?**

.....

.....

.....

.....

.....

## Le Cure Domiciliari

30. **Lei o un suo familiare ha usufruito o usufruisce di un servizio di assistenza domiciliare?**

\*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì, ho usufruito direttamente
- Sì, un mio familiare
- No *Passa alla domanda 41.*

## Le Cure Domiciliari

**31. Se lei o un suo familiare ha usufruito di un servizio di assistenza, di quale tipo si tratta?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- semplici prestazioni come, per esempio, esame del sangue o di altro tipo, iniezioni, sostituzione periodica di catetere, educazione (al malato o alla persona che cura) nell'utilizzo di ausili, prescrizioni di ausili o protesi, visita programmata da parte di un medico o consulenza da parte di uno specialista
- servizio di assistenza che prevede 5 o 6 accessi a settimana, secondo un piano di cura che prevede la presenza di diverse figure (infermieri, medici specialisti) e di interventi programmati e terapie con il coinvolgimento del proprio medico di medicina generale
- servizio di assistenza che prevede 7 accessi a settimana, secondo un piano di cura svolto da un gruppo di professionisti e dedicato alla cura di una specifica criticità (cure palliative, cure per malati portatori di malattie neurologiche degenerative, cura di fasi avanzate e complicate di malattie croniche, nutrizione di tipo parenterale, supporto ventilatorio invasivo, assistenza a paziente in stato vegetativo o di minima conoscenza) con il coinvolgimento del proprio medico di medicina generale
- non so
- Altro: .....

**32. Se ne ha usufruito, per quale motivo lei o un suo familiare ha necessitato di assistenza?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Malattie croniche
- Anziano non autosufficiente
- Invalidità
- Malattia in fase terminale
- Altro: .....

**33. Il personale sanitario che ha assistito lei o il suo familiare a quale tipo di ente appartiene?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Azienda sanitaria pubblica (ASL, distretto)
- Azienda privata
- Associazione no profit
- Non so

**34. Nel caso in cui il servizio sia stato erogato da privato lei o il suo familiare ha potuto scegliere a quale azienda rivolgersi?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

35. **Se sì, attraverso quale meccanismo?***Contrassegna solo un ovale.*

- lista di aziende alle quali rivolgersi (utilizzando un voucher)
- libertà di scegliere nel mercato (utilizzando un voucher)
- Non so/non ricordo
- Altro: .....

36. **Se no, avrebbe voluto avere una maggiore libertà di scelta?***Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No
- Non so

37. **Si sente soddisfatto del servizio di assistenza domiciliare di cui ha usufruito?***Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	
Per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Molto

38. **Se ha dato un voto da 1 a 2, quali sono le problematiche riscontrate?**

.....

.....

.....

.....

.....

39. **Per un servizio più vicino ai suoi bisogni, sarebbe disposto a contribuire con una piccola quota?***Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No
- Non so

40. **Come valuta la possibilità di avere una lista di organizzazioni pubbliche/private/no profit qualificate ed esperte che forniscono cure a casa, sul suo territorio?***Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	
per nulla utile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto utile

**Assistenza Protesica e Fornitura di Ausili**



41. **Lei o un suo familiare usufruisce della fornitura di ausili o protesi da parte della ASL? \****Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No *Passa alla domanda 47.*
- Non so *Passa alla domanda 47.*

**Assistenza Protesica e Fornitura di Ausili**42. **Con quanti fornitori lei o il suo familiare si confronta normalmente?***Contrassegna solo un ovale.*

- 1
- Tra 1 e 3
- Più di 3

43. **Lei o il suo familiare come ottiene la fornitura di ausili/protesi?***Seleziona tutte le voci applicabili.*

- recandosi all'ASL/Distretto
- recandosi in farmacia
- tramite un fornitore direttamente a domicilio
- Altro: .....

44. **E' soddisfatto del servizio di fornitura?***Contrassegna solo un ovale per riga.*

	1 per nulla	2 poco	3 abbastanza	4 molto
Quantità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procedura attivazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempi di attesa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servizio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. **Se ha dato un voto da 1 a 2, quali sono le problematiche riscontrate?**

.....

.....

.....

.....

.....

46. **Per un servizio più vicino ai suoi bisogni, sarebbe disposto a contribuire con una piccola quota?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No
- Non so

## **Le cure intermedie: strutture a metà tra l'ospedale e il domicilio**

47. **Nella sua zona di residenza sono presenti strutture di cure intermedie?**

rispondere barrando ogni struttura presente

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Hospice
- Unità Riabilitative Territoriali
- Ospedale di Comunità, Presidi Territoriali di Prossimità
- RSA (Case di riposo)
- Non so/non mi sono informato
- Altro: .....

48. **Lei o un suo familiare ha mai usufruito dei servizi forniti da una di queste strutture?**

specificare in "Altro" di quale strutture avete usufruito

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No, perchè quando ne avrei/avrebbe avuto bisogno la struttura non era presente  
*Passa alla domanda 51.*
- No, perchè quando ne avrei/avrebbe avuto bisogno non c'erano letti disponibili nella struttura  
*Passa alla domanda 51.*
- No, non ne ho mai avuto bisogno  
*Passa alla domanda 51.*
- Altro: .....

## **Le cure intermedie: strutture a metà tra l'ospedale e il domicilio**

49. **Quale è il suo grado di soddisfazione in merito ai servizi offerti da queste strutture?***Contrassegna solo un ovale per riga.*

	1 per nulla	2 poco	3 abbastanza	4 molto
Ospedale di Comunità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unità Riabilitative Territoriali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RSA (Case di riposo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. **Se ha dato un voto da 1 a 2, quali sono le problematiche riscontrate?**

.....

.....

.....

.....

.....

## La digitalizzazione sanitaria

51. **Nella sua Regione sono presenti dei servizi di digitalizzazione sanitaria? \***

rispondere barrando ogni servizio presente

*Contrassegna solo un ovale per riga.*

	Si	No	Non so
Referti on Line (possibilità di accedere tramite internet ai risultati degli esami effettuati presso l'ospedale o al ASL)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fascicolo Sanitario Elettronico (Raccolta di tutti gli esami effettuati e dei responsi di visite specialistiche accessibili tramite internet dal cittadino, dal suo medico di famiglia e da altri medici che lo hanno in cura)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cartella Clinica Elettronica (la propria cartella clinica è condivisa dal medico di base e dai medici di ospedale e ASL attraverso una piattaforma internet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teleconsulto medico (possibilità di fare visite tramite internet usando skype o altre piattaforme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**52. Lei, o i suoi familiari, utilizza/utilizzano questi servizi?***Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

**53. Se sì, quanto si ritiene soddisfatto dai servizi forniti?***Contrassegna solo un ovale per riga.*

	1 per nulla	2 poco	3 abbastanza	4 molto
Referti on Line	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cartella Elettronica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fascicolo Sanitario Elettronico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telemedicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**54. Se no, per quali motivi?***Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Difficoltà di accesso
- Tempi di attesa lunghi prima dell'attivazione
- Non ne vedo l'utilità
- Altro: .....

**La partecipazione attiva del cittadino****55. Come viene a conoscenza dei cambiamenti messi in atto dal Sistema Sanitario Regionale e dalla sua ASL?***Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Articoli di giornale
- Volantini
- Assemblee dei cittadini
- Internet
- Televisione/Radio
- Dal medico di medicina generale
- Altro: .....

**56. Quanto si sente informato sui servizi sanitari forniti e sulle nuove disposizioni nella sua ASL?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	
per nulla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

**57. La sua ASL prevede un meccanismo di valutazione delle prestazioni da parte del paziente?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No
- Non so

**58. Spazio aperto per altri commenti riguardo il servizio di cure primarie offerto dalla sua regione in riferimento all'esperienza personale o a quella di un suo familiare**

In particolare ci piacerebbe avere una sua valutazione di quello che c'è e di quello che manca nella sua regione

.....

.....

.....

.....

.....



## Questionario per i professionisti sanitari che operano sul territorio

Gentile,

la Fondazione ISTUD sta conducendo uno studio per capire come sono organizzate le cure primarie sull'intero territorio Italiano.

I risultati della ricerca saranno presentati il 27 Novembre in un convegno a Roma.

La sua opinione come professionista sarà fondamentale per aiutarci a capire come si sviluppa il servizio sanitario sul territorio.

Le chiediamo inoltre la gentilezza di inoltrare il questionario a i suoi colleghi.

La ringraziamo per il suo contributo e la invitiamo a contattarci all'indirizzo email [vgatti@istud.it](mailto:vgatti@istud.it) qualora necessitasse di maggiori informazioni.

Valeria Gatti e il team di ricerca Area Sanità e Salute ISTUD.

**\*Campo obbligatorio**

1.

**Nome della Struttura in cui opera \***

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2.

**Città \***

.....

3.

**Provincia \***

.....

4.

**Titolo di studio \***

Indicare anche l'eventuale specialità.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5.

**Professione \****Contrassegna solo un ovale.*

- Medico di Medicina Generale
- Pediatra di libera scelta
- Medico di Continuità Assistenziale
- Medico della medicina dei servizi
- Operatore dei servizi sociali
- Infermiere
- Specialista Ambulatoriale
- Altro: .....

6.

**In quale tipologia associativa rientra il centro in cui opera?***Contrassegna solo un ovale.*

- Non faccio parte di nessuna associazione
- Associazione Funzionale Territoriale (AFT)
- Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)
- Associazionismo di gruppo
- Associazionismo di rete
- Associazionismo semplice
- Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP)
- Casa della Salute
- Altro: .....

7.

**Quali sono le modalità di collaborazione con i suoi consociati?***Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Condividiamo gli spazi e le spese
- Gestiamo dei turni nel periodo di ferie
- Abbiamo accesso alle cartelle di tutti i pazienti
- Condividiamo processi di cura dei pazienti
- Facciamo riunioni per confrontarci
- Altro: .....

8.

**Qual è il numero totale di assistiti dell'equipe?**

specificare un numero

.....



9.

**Indicare le figure che fanno parte della forma associativa***Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Medico di Medicina Generale
- Pediatra di libera scelta
- Medico di Continuità Assistenziale
- Medico della medicina dei servizi
- Operatore dei servizi sociali
- Infermiere
- Specialista ambulatoriale
- Altro: .....

10.

**Esiste un ruolo di coordinamento all'interno dell'equipe?***Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

11.

**Se sì, ha competenze di tipo gestionale?***Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

12.

**Sono stati attivati percorsi formativi per il personale dell'equipe?***Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

13.

**Ogni quanto effettuate le riunioni tra consociati?***Contrassegna solo un ovale.*

- Meno di un mese
- Ogni mese
- Ogni tre mesi
- Ogni sei mesi
- Altro: .....

14.

**All'interno dell'equipe sono stati definiti dei percorsi di cura standardizzati per patologie?**

Se sì, indicare per quali patologie.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

15.

**E' presente una forma di coordinamento con altre equipe che operano sul medesimo territorio?**

*Contrassegna solo un ovale.*

Sì  
 No

16.

**Se sì specificare la modalità**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

17.

**Se non fa parte di alcun gruppo. Per quali motivi?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

18.

**Cosa la spingerebbe ad associarsi con altri medici?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

19.

**Partecipa a sperimentazioni volte alla creazione di percorsi di cura per determinate patologie?**

*Contrassegna solo un ovale.*

Sì

No

20.

**Se sì, descriva brevemente**

.....

.....

.....

.....

.....

21.

**(Per LOMBARDIA) Fa parte di una sperimentazione Creg?**

*Contrassegna solo un ovale.*

Sì

No

22.

**Se sì, quanti medici fanno parte del suo Creg?**

.....

23.

**Se sì, quanti pazienti hanno aderito al suo Creg?**

.....

24.

**Se sì, come valuta l'appropriatezza del budget previsto per quanto riguarda le patologie inserite all'interno della sperimentazione**

*Contrassegna solo un ovale.*

1      2      3      4

---

per nulla               molto

---

25.

**Se sì, quanto è soddisfatto di questa sperimentazione?**

*Contrassegna solo un ovale.*

1      2      3      4

---

per nulla               molto

---

26.

**Se sì, quanto le sembrano soddisfatti i pazienti che fanno parte di questa sperimentazione?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	
per nulla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

27.

**Se sì, quali sono le migliorie che possono essere apportate a tale sperimentazione?**

.....

.....

.....

.....

.....

28.

**Sono presenti servizi di cure intermedie nel territorio dove opera?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

29.

**Se sì, indicare di quale tipologia e quanti.**

Es. Hospice, Ospedali di Comunità, Unità di Riabilitazione Territoriale

.....

.....

.....

.....

.....

30.

**Dal suo punto di vista, il numero di strutture intermedie è:**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Inferiore rispetto alle reali esigenze della popolazione
- Adeguato
- Superiore alle reali esigenze della popolazione
- Eccessivo

31.

**Come valuta il rapporto tra i MMG o le associazioni da loro costituite e le strutture di cure intermedie?**

.....

.....

.....

.....

.....

32.

**Da chi è organizzato il servizio di cure domiciliari nel suo territorio?**

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- ASL
- Privato
- Privato sociale (no profit)
- Ente religioso
- Altro: .....

33.

**Si occupa di Cure Domiciliari?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

34.

**Se sì, in quale anno ha iniziato ad occuparsi di cure domiciliari?**

.....

35.

**Quanti sono attualmente i suoi assistiti in cure domiciliari?**

.....

36.

**Elencare il numero di assistiti per tipologia**

Tipologie: Accessi Prestazionali, ADI I, ADI II, ADI III; Malati Terminali/Cure Palliative

.....

.....

.....

.....

.....

37.

**Indicare la percentuale dei suoi assistiti che ha fatto richiesta e ha ottenuto l'assistenza domiciliare**

.....

38.

**Dal suo punto di vista, il numero di assistiti in regime domiciliare è:**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Inferiore alle reali possibilità di assistenza del servizio
- Adeguato
- Superiore alle reali possibilità di assistenza del servizio
- Eccessivo, tale da pregiudicare la qualità del servizio

39.

**Come valuta generalmente la soddisfazione del paziente in assistenza domiciliare**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	
per niente soddisfatto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto soddisfatto

40.

**Il paziente può scegliere a quale azienda accreditata rivolgersi per l'erogazione del servizio a domicilio?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

41.

**Se sì, attraverso quale meccanismo?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Lista di aziende alle quali rivolgersi (utilizzando un voucher)
- Libertà di scegliere nel mercato (utilizzando un voucher)
- Altro: .....

42.

**Se no, a suo avviso, una maggiore libertà del paziente potrebbe offrire servizi più appropriati?**

Rispondere sì o no e motivare brevemente.

.....

.....

.....

.....

.....

43.

**Quali sono le maggiori problematiche evidenziate dai pazienti che godono di tale servizio?**

.....

.....

.....

.....

.....

44.

**Quale tipo di informazione si aspetta di ricevere dalle aziende che erogano servizi in ADI (home care provider)?**

es. valutazioni e relazioni infermieristiche, ecc.

.....

.....

.....

.....

.....

45.

**Quali sono le maggiori problematiche che lei avverte nel rapporto con le aziende che erogano servizi in ADI?**

.....

.....

.....

.....

.....

46.

**Quanti dei suoi assistiti usufruiscono degli ausili forniti dall'ASL?**

.....

47.

**Il paziente può scegliere la tipologia degli ausili?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No



48.

**Come ottengono la fornitura di ausili/protesi i suoi assistiti?***Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Recandosi all'ASL/Distretto
- Recandosi in farmacia
- Tramite un fornitore direttamente a domicilio
- Altro: .....

49.

**In quale misura le seguenti variabili influenzano la fornitura degli ausili?***Contrassegna solo un ovale per riga.*

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
Quantità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procedura di attivazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempi di attesa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servizio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50.

**I pazienti non soddisfatti del servizio, a suo avviso, sarebbero interessati ad una compartecipazione economica pur di ottenere un migliore servizio?***Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

51.

**Per quali prestazioni sarebbero, secondo lei, disponibili a pagare?***Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Farmaci
- Farmaci innovativi
- Esami/ Visite specialistiche
- Ricovero in un centro di cura
- Assistenza domiciliare
- Altro: .....

52.

**E' presente un sistema informatizzato nella sua regione?***Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

53.

**Lo utilizza?**

*Contrassegna solo un ovale.*

Sì

No

54.

**Quali sono i vantaggi e le criticità di tale sistema?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

55.

**Alcuni economisti ritengono che il sistema sanitario, così com'è organizzato nei Paesi Occidentali, non sia più sostenibile. Secondo lei, come si può agire per renderlo tale in Italia?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

56.

**Un sistema di welfare di tipo pubblico/privato sarebbe una risposta soddisfacente?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

57.

**Secondo lei, stiamo andando verso un sistema che prevede un maggiore esborso da parte del cittadino come previsto nel modello tedesco?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

