Allegato 14 - I Livelli di integrazione (Distretto sanitario, Ambito territoriale)

D. Cosa si intende per Territorio?

Rispetto al termine comunità quello di territorio è più usato in ambito sanitario con un significato più ristretto che circoscrive un determinato ambiente geografico e demografico nonchè l'insieme dei servizi non ospedalieri che vi sono presenti (assistenza territoriale, medicina del territorio, continuità ospedale-territorio). Il territorio, inteso in senso strettamente sanitario, può quindi essere definito come l'insieme delle risorse e dei mezzi di cura extra ospedalieri, prossimi anche fisicamente all'utente e maggiormente accessibili, con bassa complessità tecnologica ed alta intensità relazionale.
Questo insieme comprende sia l'assistenza primaria (medicina di base, prevenzione, ecc.) sia, in parte, l'assistenza secondaria (specialistica di primo livello).
In forma giuridica, il territorio è stato tradotto in un livello essenziale di assistenza "l'assistenza distrettuale" ma si ritrova anche nel livello della "prevenzione".
Al livello distrettuale, infatti, afferiscono la medicina di base, la continuità assistenziale, l'assistenza farmaceutica e quella protesica, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, ecc. Nel livello di prevenzione troviamo, invece, le vaccinazioni, gli *screening*, la medicina legale. Questo insieme di offerta va sempre più differenziandosi e specializzandosi: nascono ad es. i Nuclei di Cure Primarie (associazioni di Medici di base, specialisti, infermieri, con alcuni servizi diagnostico-terapeutici più semplici), le Strutture intermedie tra ospedale e territorio (ospedali di comunità, Presidi territoriali di prossimità), i Servizi di informazione e di sostegno (punti di accesso privilegiato, sportelli handicap, numeri verdi sanitari), ecc.

D. Il territorio che cosa è per le aziende sanitarie?

Il territorio è un'area strategica per l'azienda sanitaria soprattutto con riferimento al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni. E' un'area di forte innovazione organizzativa con modelli adottati che si differenziano da Regione e Regione e da azienda ad azienda.
Le due aree critiche fondamentali per le aziende sanitarie risultano essere:

- *governo clinico* (governo delle attività), che deve misurarsi con una sovrapproduzione ospedaliera, con una scarsa offerta di servizi per anziani, disabili, altri soggetti deboli;
- *governo economico* (governo dei costi), che deve confrontarsi con un trend di aumento costante della spesa sanitaria.

Obiettivo di fondo per sviluppare la programmazione delle strutture territoriali è il governo della domanda.
E' necessario cogliere i bisogni effettivi di salute dei cittadini ed accompagnare il paziente nella rete dei servizi diagnostici – terapeutici – riabilitativi.
Occorre pertanto ripensare il sistema dell'offerta articolandola in base ai bisogni effettivi della domanda coinvolgendo in misura massiccia tutti i soggetti e le istituzioni a livello territoriale.
Di fondamentale importanza, in tale scenario, risultano essere gli obiettivi comunitari di salute e l'intersettorialità delle politiche di welfare che possano consentire:

- lo sviluppo della politica dei LEA attraverso il governo ed il controllo della domanda di salute;
- lo sviluppo della *primary care* attraverso la realizzazione di forme innovative di organizzazione e di aggregazione tra professionisti di settore (es, le UTAP, unità territoriali di assistenza primaria che vedono coinvolti sul territorio –attraverso l'esplicazione di obiettivi congiunti- i PLS ed i MMG);

- la realizzazione di nuovi modelli integrati nello sviluppo delle reti dei servizi socio-sanitari, sottolineando la presenza di collegamenti tra il "centro" e la "periferia" nella presa in carico dei pazienti e nel tentativo di sviluppare e rendere operativo un modello che realizzi l'eccellenza e il coordinamento tra le varie strutture presenti sul territorio.

Appare evidente, come fulcro di queste nuove strategie di settore, una forte volontà di dislocare risorse proprio sul territorio, localizzando la presenza e la funzione degli ospedali, procedendo da una parte alla riorganizzazione del territorio perché possa accogliere una domanda variata nella quantità e nella qualità delle cure richieste e dall'altra rivedendo e riallocando ciò che rimane di competenza delle strutture ospedaliere, che necessariamente devono riprogrammare adeguati percorsi di cura per la gestione delle acuzie e delle le patologie più complesse (governo clinico).

D. Cosa è la Zona Sociale?

La L. n. 328/2000 individua all'art. 19, la Zona Sociale come associazione intercomunale ottimale per programmare politiche sociali sostenibili e collegate allo sviluppo locale.
La stessa legge propone che la Zona coincida con la dimensione adottata per la gestione dei servizi sanitari di base, ovvero con il distretto sanitario, con il quale la Zona deve instaurare forme di collaborazione particolarmente per i servizi sociosanitari a favore delle persone fragili.
Alla Zona è, quindi, attribuito un particolare ruolo strategico per l'integrazione sociosanitaria. La Zona sociale è individuata dalla maggioranza delle Regioni anche come sede per la costruzione della rete degli Sportelli di cittadinanza, quindi in questo senso è perfettamente collegabile al PUA.
La Zona assume la regia dei processi di concertazione e di confronto tecnico-politico con diversi attori istituzionali (terzo settore, associazionismo e volontariato) che collaborano alla programmazione intercomunale. Per i servizi sociali e sociali a rilievo sanitario, gestiti in maniera associata, la Zona individua un Comune capofila a cui è attribuito un ruolo di impulso e di coordinamento per la realizzare dei servizi stessi. Il comune capofila è in genere lo stesso anche per il distretto sanitario.

D. Come differenziare l'offerta di servizi territoriali e orientare la domanda di servizi?

Invecchiamento, cronicità e disabilità, che spesso si associano a più complessive situazioni di *esclusione sociale*, costituiscono il volano per un orientamento della domanda di servizi.
I servizi di "nuova generazione" si dovrebbero caratterizzare, al fine di rispondere a situazioni di deprivazione complessa, per una forte connotazione integrata tra prestazioni di sostegno psicologico e sociale, prestazioni di assistenza alla persona e prestazione di cura e riabilitazione in senso stretto. Sono cinque i modelli organizzativi per superare il cronico sovraffollamento dei pronto soccorso proposti dal Ministro F. Fazio:

1) Ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità;
2) Punti di Primo Intervento (PPI);
3) Presidi ambulatoriali distrettuali ;
4) Assistenza territoriale integrata;
5) Ambulatori territoriali integrati.

Queste proposte sarebbero finalizzate per dare il via alla sperimentazione aumentando, dal 20% al 25%, la quota delle risorse messe a disposizioni delle Regioni per la realizzazione degli obiettivi prioritari del PSN 2009. Le Regioni potranno far leva su 352 milioni di euro complessivi da distribuire in base alla popolazione.

D. Cosa si deve intendere per "governance"?

La gestione delle compatibilità in una situazione diffusa di risorse limitate messe a disposizione del sistema richiede una programmazione sanitaria sempre più "*condivisa*", con momenti di sintesi operativa che sono posti all'interno delle aziende sanitarie pubbliche, quali strumenti del governo delle "*compatibilità*", del rapporto tra "*governo clinico*" e "*governo economico*", ponendo al centro della "*mission*" del sistema i bisogni e il ruolo del cittadino.

D. Quali sono le politiche e gli strumenti per il monitoraggio e per la "governance" sviluppati nei PSR delle Regioni italiane?

Le politiche e gli strumenti per il monitoraggio e per la *"governance"* sviluppati nei PSR delle Regioni italiane sono i seguenti:

- Qualificare il sistema dell'offerta;
- Garantire la trasparenza nei confronti dei cittadini e dei pazienti;
- Sviluppare le buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti;
- Favorire lo sviluppo della ricerca clinica;
- Determinare la valutazione delle tecnologie sanitarie e far crescere la medicina basata sulle prove d'efficacia;
- Affermare i profili di assistenza;
- Sviluppare l' *audit* clinico;
- Organizzare la formazione permanente degli operatori;
- Rideterminare la formazione per l'accesso al Servizio Sanitario e i rapporti con le Università;
- Creare sistemi informativi per la salute e per la gestione dei servizi;
- Definire il rapporto con le altre medicine;
- Sviluppare le buone pratiche organizzative;
- Sviluppare i sistemi di qualità e di accreditamento;
- Consolidare il sistema di *budgeting*;
- Affermare una sanità sicura.

D. Quali sono le competenze necessarie per gestire la "governance" in base alla letteratura?

Le competenze necessarie per gestire la "*governance"* in base alla letteratura in materia sono:

- *Organizzative:* per gestire l'impatto sull'organizzazione interna delle Istituzioni preposte e delle aziende sanitarie pubbliche o private accreditate;
- *Gestionali***:** per ottimizzare le modalità gestionali delle Istituzioni preposte e delle aziende sanitarie pubbliche o private accreditate o private – private;
- *Cliniche*: ogni linea di intervento ha un impatto sul "*core*" del settore, sulle modalità organizzative della erogazione e fruizione delle prestazioni;
- *Qualitative:* per la misurazione e assicurazione della qualità reale e della qualità percepita da parte degli operatori sanitari e da parte dei cittadini utenti;
- *Formative:* in una logica di circolarità dell'apprendimento legata ai continui processi innovativi sul piano delle tecnologie utilizzate e per i continui processi di ottimizzazione delle gestioni interne con conseguenti processi di mobilità e di ridefinizione dei profili professionali, dei ruoli e delle competenze necessari;
- *Tecnologiche:* perché con lo sviluppo dell'ICT, della digitalizzazione e delle reti internet e web si sono aperti campi crescenti per l'applicazione di servizi ICT.

D. Come si sta orientando la UE sul tema dell'integrazione?

Nell'ultimo scorcio degli anni '90 gran parte dei diversi Paesi dell'OECD procedono ad un ripensamento delle loro politiche, orientandosi verso un approccio integrato alla produzione della salute in una accezione di insieme delle politiche del welfare per il mantenimento dello stato di benessere psicofisico. Questo si è sostanziato nella ricerca degli strumenti operativi attraverso cui raggiungere, simultaneamente, quelli che potrebbero essere definiti gli obiettivi delle quattro "E":

- Efficienza;
- Efficacia;
- *Empowerment;*
- Equità.

Mentre la maggiore *efficienza* fa riferimento alla ottimizzazione dell'uso delle risorse economiche e sanitarie, la crescita dell'*efficacia* delle prestazioni mira al miglioramento degli esiti di salute.

L'empowerment riguarda, invece, il potenziamento del ruolo dei pazienti e degli operatori sanitari a cui viene chiesto di partecipare in maniera maggiormente attiva alla produzione ed erogazione dei servizi. L'esigenza di una più alta *equità* fa, infine, riferimento alla volontà di ridurre le persistenti diseguaglianze nelle condizioni di salute della popolazione (con particolare attenzione alle condizioni dei gruppi svantaggiati), a quella di incrementare l'equità rispetto al finanziamento ed alla possibilità di accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie.
L'insieme di questi elementi tratteggia un "*new paradigm of health care*" (OECD 1999; 105) che spinge verso il primato della prevenzione sul trattamento specialistico; verso un orientamento a strategie di *care* piuttosto che di *cure* e, soprattutto, verso l'integrazione intersettoriale delle politiche che, a sua volta, stimola ed impone azioni di coordinamento interistituzionale.

D. Quali sono state le innovazioni legislative per le politiche sociali?.

La maggiore innovazione in materia è stata la Legge Turco, la legge sui servizi sociali.
La legislazione in materia era ferma al 1890 e finalmente il quadro si è delineato spostando completamente l'asse sui livelli locali. La Legge Naz. n. 229, e gli ultimi decreti, in particolare quello sui Livelli Essenziali d'Assistenza, disegnano nuovi scenari del sistema di *welfare* con le relative modalità. Il testo della Conferenza Stato Regioni, e poi il testo sui LEA, quello governativo, rappresentano un cambiamento profondo dei rapporti che si generano tra lo Stato e le Regioni. Siamo di fronte, quindi, ad un passaggio epocale.
Il passaggio è dal vecchio modello di *welfare* - che aveva elementi positivi, ma anche elementi di rigidità di sistema, con una visione centralistica, settoriale, che poi si ripercuoteva su tutti gli altri interventi, con un sistema monopolistico e tendenzialmente espansivo anche perché i costi sono sempre più alti - ad un nuovo modello. In realtà stiamo andando verso un sistema di *welfare* di comunità federale. Occorre orientarsi sempre più verso il discorso di salute - *welfare*. Significa dare senso in qualche maniera all'obiettivo di tutela del benessere dei cittadini.
Sapendo che la salute è uno dei componenti del benessere.

D. Come si sviluppa il concetto di sussidiarietà?

L'altro elemento sono tutti gli elementi che caratterizzano la *sussidiarietà:*

- l'*empawerment* dell'individuo;
- la valorizzazione delle famiglie, delle reti parentali, delle associazioni di volontariato, delle formazioni sociali.

Tutte realtà che agiscono sui territori, sui servizi locali, i Comuni in primis che devono giocare un ruolo fondamentale. Sono tutti quegli elementi che concordano a formare la rete di *sussidiarietà orizzontale* fatto salvo che poi ci deve essere una *sussidiarietà verticale* da parte della Regione e dello Stato.
È' chiaro che siamo all'interno di uno scenario nel quale si sposta il baricentro del *welfare*.
La centralità si sposta dal livello statale a livello delle comunità locali, cercando di evitare un pericolo che è quello di un neo-centralismo regionale.
Se spostiamo l'asse della programmazione dallo Stato alla Regione, è la Regione che decide, tagliando fuori completamente le comunità locali. Rischiamo di ricreare in piccolo quello che c'era prima.

D. Quale deve essere la logica della programmazione?

E' importante affermare una logica di programmazione, che dovrà essere continua.
Non ha importanza se si parte dall'alto o dal basso, l'importante è avere una circolarità continua di una programmazione, che però non è stabile nel tempo, ma deve essere rimodulata continuamente, man mano che le cose si fanno, vedendo come devono evolvere i servizi, come tutta l'organizzazione viene ridisegnata.
Una programmazione non può essere top down, anche se ogni tanto ci sono delle tendenze di neo centralismo.
La programmazione deve essere negoziata fra i partner, deve sostanziarsi in accordi di programma all'interno delle *comunity.* E infine deve essere sostenibile in quanto, se il budget è predefinito, bisogna cercare di stare dentro le dotazioni esistenti.

D. Cosa serve per assicurare appropriatezza nella programmazione dell'integrazione?

Per assicurare appropriatezza servono:

- Analisi e verifica dei tassi di attività ospedaliera;
- Trasformazione di Day Hospital in prestazioni ambulatoriali. La prima azione concreta per razionalizzare l'attività ospedaliera consiste nel convertire i ricoveri ospedalieri a ciclo diurno considerati impropri dalle società scientifiche, in prestazioni ambulatoriali;
- Riconversione dei posti letto da regime ordinario a *day hospital* e *day surgery*;
- Procedere alla conversione di posti letto da ricovero per acuti a ricovero per non acuti di riabilitazione e/o lungodegenza;
- Assicurare l'effettivo utilizzo dei posti letto di ciascuna struttura organizzativa ospedaliera in misura non inferiore al *75%* per il regime ordinario e non inferiore all' 80% per il regime diurno;
- Ridurre il tasso di ospedalizzazione.

D. Cosa serve per aumentare l'integrazione?

Per aumentare l'integrazione è necessario:

- Ridefinire la qualificazione dei PL in una logica di integrazione con le AUSL vicine;
- Individuare i punti di forza e di debolezza rispetto alla domanda a livello interaziendale;
- Costruire Dipartimenti e Distretti integrati Transmurali interaziendali nella logica della centralità del paziente come centro di costo delle aziende sanitarie;
- Riorganizzare le gestioni aziendali sulla base di una vision integrata.

La reingegnerizzazione delle strutture e dei processi organizzativi devono rispondere a questa esigenza prioritaria attraverso lo sviluppo di progetti e strategie finalizzate all'integrazione, ovvero mediante l'implementazione di dipartimenti orizzontali e transmurali anche interaziendali e l'introduzione di leve di gestione indispensabili per realizzare innovazione e cambiamento organizzativo (es.: sistemi informativi, controlli di gestione, ecc.).
Ogni innovazione organizzativa va valutata per i risultati che produce nel breve-medio periodo.
Per questo è importante che ogni riorganizzazione sia stata preceduta da un'attenta analisi ed esplicitazione dei fabbisogni reali.
l primo problema che si pone attualmente è che la molteplicità di processi e di cambiamenti avviati negli ultimi anni rischia di "sfuggire di mano", nel senso che si perde la capacità di monitoraggio e di verifica del loro andamento, con il rischio di ridurne l'efficacia.

D. Come si devono considerare i LEA, quali livelli di determinazione dell'offerta socio- sanitaria reale?

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono costituiti dai servizi e dalle prestazioni garantiti dal Servizio sanitario nazionale su tutto il territorio italiano e le prestazioni in essi incluse sono individuate sulla base di principi di effettiva necessità assistenziale, di efficacia e di appropriatezza.
I LEA sono stati introdotti con il decreto legislativo n°229 del 19 giugno 1999 e successivamente definiti con il DPCM del 29 novembre 2001 nel rispetto dei seguenti principi:

- il principio di dignità umana, secondo cui tutti hanno gli stessi diritti indipendentemente dalle caratteristiche personali;
- il principio del bisogno di salute;
- il principio dell'equità all'accesso all'assistenza;
- il principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo le specifiche esigenze;
- il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 elenca le prestazioni erogabili nell'ambito del Servizio sanitario, quelle erogabili soltanto secondo specifiche indicazioni cliniche e quelle escluse dai livelli e conseguentemente non erogabili in tale ambito.
Tutto ciò che non rientra nei LEA è considerato non rispondente a necessità assistenziali tutelate o privo di efficacia clinica dimostrabile o, ancora, tale da non garantire un uso efficiente delle risorse finanziarie a disposizione.

Nell'ambito della *devolution* però, a ciascuna Regione è riservata autonomia programmatoria e gestionale, per cui se essa individua nel proprio piano sanitario prestazioni o servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, può provvedere autonomamente ad erogarli, con conseguente addebitamento alle proprie casse (come ad esempio ha fatto la regione Toscana con le cure odontoiatriche).

D. Come si possono sviluppare i protocolli in rapporto ai LEA?

Nella natura del provvedimento dei LEA è intrinseco pertanto *lo sviluppo di protocolli*, di percorsi diagnostico-terapeutici, di sistemi di *audit clinico*, di procedure e di certificazioni ISO che riconducano la scelta dei livelli essenziali al concetto di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e nella formazione del personale.
In questa prospettiva la Commissione ECM ha individuato come obiettivi quinquennali temi forti quali:

- l' integrazione ospedale-territorio;
- il tema dell'appropriatezza e del governo clinico;
- la revisione del sistema dell'offerta non solo ospedaliera, ma anche distrettuale.

Non è la prestazione o il costo della prestazione, o ancora la sua tipologia a determinarne l'*appropriatezza* o meno, ma come la si utilizza, e quindi la sua essenzialità; nell'elenco seguente dei DRG a rischio di *in appropriatezza*, pochissime sono le prestazioni che sono state classificate non essenziali.

D.Circa i temi fondamentali dei LEA, quale è l'impatto dei LEA sul sistema e nel nuovo contesto di regionalizzazione (rapporto tra erogazione dei LEA e Distretti)?

Analizzando l'impatto dei LEA sul SSN e sulle Regioni possiamo osservare se e come l'introduzione dei livelli di assistenza riesca a stimolare processi di analisi, di misurazione di costi delle prestazioni in diversi contesti, i costi dell'assistenza, equilibrio, risorse, livelli da assicurare; come è capace di stimolare il mondo scientifico e quello aziendale, per implementare i percorsi dei nostri prontuari terapeutici.
E' stato negli ultimi Piani Sanitari Nazionali e Regionali che si è passati gradualmente dalla de-ospedalizzazione alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, mantenendo costanti alcuni parametri, così come evidenziato nella tabella: la de-ospedalizzazione: qualità, efficacia ed efficienza; gli ospedali di eccellenza: modello hub/spoke, i parametri OMS e la concentrazione dei casi; la riorganizzazione dei servizi territoriali, il nuovo ruolo attribuito alla rete distrettuale; limiti al mantenimento dell'offerta del sistema.
I LEA dunque sono i livelli minimi di assistenza sanitaria, in quanto devono rappresentare la garanzia dell'obiettivo di equità sociale tra tutti i cittadini e sono necessari per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, di mantenimento e di recupero della salute in quanto appropriati alle specifiche esigenze di salute e alle modalità di erogazione.

D. Quali sono le tipologie di assistenza , i servizi e le prestazioni comprese nei LEA?

Le tipologie di assistenza , i servizi e le prestazioni comprese nei LEA si articolano in tre macro-aree di offerta, che sono: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; assistenza distrettuale totale, che al suo interno comprende: assistenza di base, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica, assistenza territoriali e residenziale, attività di emergenza, altro; assistenza ospedaliera.
La legge finanziaria 2007 ha ribadito infine i 4 principi fondamentali alla base dei LEA, ossia:

- il livello dell'assistenza erogata, per poter essere garantita, deve poter essere misurabile tramite opportuni indicatori; le prestazioni non possono essere considerate essenziali se non sono appropriate;
- l'appropriatezza è collegata al corretto utilizzo e non alla tipologia della singola prestazione;
- gli indicatori di appropriatezza individuano la correttezza dell'utilizzo delle risorse impiegate, in termini di bilanciamento qualità-costi stabilendo inoltre l'impegno del Governo ad una modifica degli allegati al DPCM del 21 novembre 2001, al fine di ampliare sia le prestazioni da erogare in sede ambulatoriale (e non ospedaliero), sia le prestazioni erogabili in regime di ricovero ospedaliero diurno.

D. Quali sono gli strumenti della programmazione socio-sanitaria delle Regioni?

I processi di programmazione socio-sanitaria si articolano, nelle esperienze delle Regioni, in una serie di prodotti programmatori:

1. *Piani per La Salute (PPS) o Piani sanitari Regionali (PSR)*
2. *Programmi delle Attività Territoriali (PAT)*
3. *Piani di Zona (PDZ)*
4. *Piani Annuali di Attività (PAA)*
5. *Piani Attuativi Locali (PAL)*

Il primo e l'ultimo – PPS e PAL - sono programmazioni definite "cornice".

Circa (1) PPS. Piani per la Salute.
I Piani per la salute, previsti dalla D.G.R. n. 321 del 1 marzo 2000, definiscono i profili di salute della popolazione sia a livello provinciale che distrettuale, e sono approvati dalla Conferenza sociale e sanitaria. L'obiettivo a questo livello territoriale è di integrare le competenze dei diversi attori, di comporre e armonizzare i differenti strumenti che incidono sullo stesso bacino territoriale.
Disegnano il quadro degli impegni di tutte le componenti istituzionali e sociali per raggiungere obiettivi di salute (oggettivi e percepiti come tali) agendo su varie determinanti: sviluppo socio-economico; ambiente; stili di vita; servizi; trasporti; casa; culturali e ricreativi; sociali; sanitari, ecc. Nei PPS la programmazione socio-sanitaria rappresenta una porzione orientata a pochi, selezionati obiettivi.

Circa (2) PAT. Programmi delle Attività Territoriali
La normativa nazionale in materia ha individuato gli strumenti attraverso i quali qualificare l'integrazione:

a. il programma delle attività territoriali e le responsabilità del Distretto per la sua predisposizione e valutazione (art. 3 quater, D.Lgs 229/99);
b. mediante il programma delle attività territoriali indicando le attività e la localizzazione dei servizi del distretto e le risorse necessarie, a livello distrettuale.

Il programma di attività territoriali (PAT) è realizzato dal Distretto ed é approvato dal Comitato dei Sindaci di Distretto.
Le programmazioni specifiche d'area corrispondono dunque ai PAT e ai PDZ. Entrambe le tipologie di Piani contemplano, nell'ambito di ciascun prodotto programmatorio:
la programmazione dei servizi e delle attività socio-sanitarie:

- le attività sanitarie di distretto;
- le attività socio sanitarie;
- le attività sociali di ambito associativo.

All'unicità dell'argomento corrispondono due possibili modalità elaborative: programmazioni socio-sanitarie distinte, poi sintesi integrata, a posteriori, tramite un' apposita intesa fra Associazioni Intercomunali o Consorzi di Comuni e AUSL competenti; programmazione integrata unica. Molte realtà aziendali e intercomunali hanno praticato questa soluzione.

Circa (3) PDZ. Piani di Zona.
Il Piano sociale di Zona è lo strumento di programmazione a disposizione dei Comuni per avviare nei diversi Ambiti Territoriali la progettazione e la realizzazione della rete dei servizi e interventi sociali.
La programmazione è lo strumento indispensabile per creare una rete di servizi che dia a tutti i cittadini le stesse opportunità di accesso e per attivare un sistema di protezione sociale universalistico, cioè aperto a tutte le situazioni di vita dell'utenza.
Il Comune definisce il piano di zona (ex art. 19 legge 328/2000) d'intesa con l'Azienda sanitaria di riferimento, mediante apposito accordo di programma.
Il Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale (PDZ), di durata triennale, sostituisce il Piano sociale di zona rafforzandone il raccordo con il Piano per la Salute.
L'orientamento strategico della programmazione sociale dovrà quindi essere volto a definire e attuare Piani di Zona che costituiscano il vero strumento programmatorio delle politiche locali, complessivamente intese, in ambito socio assistenziale.

L'efficacia di questo strumento è strettamente correlata alla capacità dei territori di programmare con modalità di partecipazione che consentano la collaborazione non subordinata e la valorizzazione di tutti gli attori sociali, stimolando un coinvolgimento concreto di chi è in una posizione di passività.
In questa prospettiva i Piani di Zona sono la risultanza di un processo di responsabilizzazione dei soggetti locali tant' è che in sede di elaborazione degli stessi si è previsto che:

- il Comitato dei Sindaci definisca un proprio percorso di coinvolgimento delle realtà locali pubbliche o private che concorrono alla progettazione e alla realizzazione concertata degli interventi quale valore aggiunto che qualifica il Piano;
- lo stesso Comitato dei Sindaci definisca altresì le sedi per garantire la partecipazione dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti.

Configurandosi il Piano sociale di Zona come lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari, diventa consequenziale e necessario gestire tale programma all'interno di un'unica strategia programmatoria attuata in modo integrato tra Sanità ed Enti locali, tra Distretti e Ambiti Territoriali soprattutto attraverso lo strumento del Bilancio Sociale.
Questo rappresenta anche lo strumento di verifica del rapporto tra obiettivi del Piano di Zona, risorse impegnate e risultati.

D. Quale è il ruolo dei Piani di Zona nei PSR?

Negli ultimi PSR elaborati dalle Regioni il Piano di Zona è considerato strumento privilegiato per conseguire l'integrazione istituzionale ed operativa dei servizi sociali.
Il Piano di Zona è strumento per:

- l'analisi dell'evoluzione qualitativa e quantitativa dei bisogni;
- lo sviluppo di forme di gestione dei servizi adeguate, flessibili e creative;
- l'integrazione delle risorse pubbliche e private;
- la creazione di nuove opportunità e la produzione di risorse aggiuntive;
- la definizione delle prestazioni da erogare, rapportate alle responsabilità dei diversi soggetti e al quadro delle risorse rilevate.

Tale piano è elaborato dai Comuni su iniziativa del Sindaco o del o dalla Conferenza dei Sindaci con il coinvolgimento di tutti gli enti pubblici interessati ed i soggetti privati operanti nel sistema dei servizi sociali.
Lo stesso Sindaco o Conferenza dei Sindaci che approva il Piano di Zona fornisce gli indirizzi programmatici per il Piano di Azienda AUSL: ciò consente l'esplicitazione delle problematiche relative all'integrazione tra le due programmazioni e, conseguentemente, il recepimento del Piano di Zona.

Circa (4) PAA. Piani Annuali di Attività.
Si sostanziano nella sintesi (criticità; obiettivi, attività; risorse) dei PAT, aggiungendo a questa la programmazione inter-distrettuale. Sono, di conseguenza, la base annuale programmatica del bilancio di previsione.
La componente socio-sanitaria di competenza delle AUSL vi trova la necessaria copertura finanziaria, frutto di specifica negoziazione - selezionatrice di priorità - fra Direzione Generale e Direttori di Distretto.
La corrispondente quota sociale (di spettanza comunale) viene definita in accordo con il Comitato di Distretto (coincidente con l'insieme dei Sindaci dell'Associazione Inter-comunale o del Consorzio di Comuni).

Circa (5) Piani Attuativi Locali.

Gli Accordi di Programma
Sanciscono la composizione dei contenuti programmatori (PDZ) definendo - in assenza di delega - le modalità dell' integrazione operativa: quali servizi socio-sanitari (tipologia); quali attività sanitarie, quali sociali; come garantire la integrazione (protocolli allegati o richiamati); come informare sull'andamento e sui risultati.
Definiscono le modalità di gestione delle reti di servizio (integrazione gestionale) ovvero: criteri di accesso; strumenti di filtro e orientamento; risorse per la gestione della rete; programmazione e sistema informativo della rete.

I Piani di Sviluppo Aziendali

I soggetti centrali nel processo di "gestione" delle scelte di politica sanitaria, acquisite ai vari livelli di governo del sistema, sono le aziende sanitarie quali soggetti unitari di perseguimento dei migliori equilibri possibili nel tempo, per perseguire gli obiettivi dati, nella combinazione e nell'uso delle risorse disponibili finanziarie, professionali, tecnologiche, e tramite l'acquisizione di beni e servizi da terzi.

I presupposti per la definizione dei PSA sono:

- l'affermazione del ruolo di sintesi gestionale delle aziende sanitarie;
- la constatazione che AUSL e Aziende Ospedaliere esprimono due mondi diversi di compatibilità;
- l'affermazione delle Aziende Sanitarie come momenti di sintesi e di snodo della programmazione sanitaria tra le Regioni e le Comunità Locali;
- l'unicità di gestione tra governo clinico e governo economico nei territori;
- l'affermazione del passaggio dalla gestione finanziaria a quella economico finanziaria tramite l'applicazione delle normative U.E.;
- l'applicazione della gestione budgetaria: bilancio preventivo e consuntivo;
- la certezza del finanziamento delle Aziende Sanitarie: i tempi reali dei trasferimenti pubblici;
- l'individuazione delle criticità del sistema e il ruolo di catalizzatori delle stesse delle Aziende Sanitarie.

D. Quale è la morfologia organizzativa per le reti territoriali?

La costituzione dei Distretti socio-sanitari è la chiave di volta del processo di sviluppo dell'assistenza territoriale in un contesto di rinnovati bisogni e di nuove risposte alla domanda di salute, di cambiamento di obiettivi, di inadeguatezza dei grandi centri sanitari in risposta ai bisogni dell'utenza di riferimento.

Il Distretto si configura come una vera e propria area di governo in grado di sviluppare una rete di servizi cui è affidato il compito di rispondere in modo costante e completo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico territorio.

La L.R. 29/2004 in particolare qualifica il distretto come l'unità di riferimento fondamentale per la gestione dei servizi sociosanitari nonché l'articolazione locale della funzione generale di governo delle Aziende sanitarie, sia per la parte rivolta al proprio interno (con l'obiettivo di adeguare la propria organizzazione alla produzione di servizi ad uso individuale e di interesse collettivo in modo da rispondere alle esigenze ed alle preferenze dei loro specifici utilizzatori e delle comunità locali) sia per quella rivolta all'esterno (in modo da rispondere agli indirizzi delle autonomie locali e da tener conto delle esigenze più generali del complesso della popolazione di riferimento dell' Azienda).

Al Distretto compete, in questo senso, di assicurare i servizi di *primary ed intermediate care* relativi all'attività sanitaria e socio-sanitaria assicurando, anche, le funzioni di coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, divenendo, quindi, titolare delle attività territoriali, garante dell'appropriatezza e dell'esigibilità dei LEA (livelli essenziali di assistenza), responsabile dell'ottimizzazione delle risorse assegnate organizzando le modalità di risposta e coordinando i percorsi.

Sul lato istituzionale il Distretto costituisce la sede delle relazioni tra attività aziendali ed Enti Locali, nel quale i Comitati di Distretto, composto dai Sindaci di quel territorio, sono chiamati a livelli di responsabilità sul piano della programmazione, al fine di prefigurare le aree di bisogno e delineare i processi per la costruzione delle priorità di intervento.

E' necessario pertanto consolidare le relazioni tra Distretti ed Enti Locali ponendosi obiettivi volti ad un approccio integrato nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione di strumenti di programmazione integrata, per rispondere in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute.

D. Quali sono le funzionalità assegnate ai Distretti dalle Regioni?

Le esperienze più avanzate, in sede regionale e locale, si sono dovute confrontare, dando luogo ad esperienze e ad esiti molto diversi, con la complessità della declinazione operativa, in relazione alla programmazione aziendale e alle risorse assegnate, delle macro-funzioni del Distretto:

- Governare i servizi incentrati sul bisogno della persona;
- Ricomporre la separazione tra elementi sanitari e socio-assistenziali;
- Governare domanda e garantire assistenza primaria.

A queste tre funzioni se ne aggiungono altre:

- esercizio del proprio ruolo di garante del cittadino;
- accoglimento, analisi, valutazione ed orientamento della domanda ed organizzazione della risposta (l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale come porta di accesso alla rete dei servizi);
- concorso dell'attività di pianificazione e di programmazione aziendale mediante l'analisi e la valutazione dei bisogni di salute;
- gestione diretta di servizi ed interventi che rientrano nel "livello di assistenza distrettuale" avvalendosi di operatori e di unità operative proprie oppure attraverso rapporti convenzionali con operatori e mediante strumenti gestionali "esternalizzati" (società miste, Fondazioni, Società della Salute, ecc.);
- governo dei consumi di prestazioni "indirette" (farmaceutiche, specialistiche, ambulatoriali ed ospedaliere) attraverso attività di orientamento del cittadino e, soprattutto, l'integrazione nell'organizzazione distrettuale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (strumenti ed obiettivi di governo manageriale della medicina generale).
- realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello gestionale ed operativo, a livello istituzionale e comunitario (AUSL, Comuni, Privato Sociale) e a livello professionale come condizione essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di salute individuati dal P.A.T. e dal Piano di Zona dei servizi alla persona.

La configurazione organizzativa adeguata per i Distretti sembra essere quella di una struttura complessa in quanto il Distretto programma le sue attività, partecipa con la Direzione Aziendale alla definizione dei percorsi e delle modalità di accesso, necessita della nomina di un Direttore di Distretto.

La figura del Direttore di Distretto, infine, garantisce le attività di programmazione locale, monitoraggio e verifica, coinvolgendo tutti gli operatori operanti a livello distrettuale ed aziendale, inclusi i MMG.
Il Distretto si configura dunque come momento di vicinanza al cittadino e di radicamento nella comunità locale. Le sue dimensioni vengono definite in modo da essere abbastanza ampio da governare i percorsi di cura.

E', quindi, centro di organizzazione e coordinamento dei servizi e per questo non identificabile come luogo fisico unitario di erogazione dei servizi.
In qualità di struttura complessa, il Distretto deve essere:

- vicino al cittadino e radicato nella comunità locale;
- abbastanza ampio da governare i percorsi di cura;
- centro di organizzazione e corrdinamento dei servizi;
- non identificabile come luogo fisico unitario di erogazione dei servizi.

La definizione del territorio del Distretto deve necessariamente tenere conto, per adeguare l'offerta alla domanda, di servizi e garantire l'esigibilità di livelli essenziali di assistenza, della struttura della popolazione, della struttura del mercato, del fatto che il territorio è caratterizzato da esternalità o internalità positive o negative.

D. Quale è il ruolo dei Distretti nei PSR?

I Distretti nelle evidenze delle Regioni italiane si caratterizzano come momenti di raccolta della domanda dei cittadini, di organizzazione delle modalità di risposta (accesso), di coordinamento dei percorsi assistenziali e come centri di produzione di *primary & intermediate care.*
Le AUSL nelle evidenze regionali aumentano la loro portata e, quindi, devono decentrare parte del governo della domanda e dei servizi.
Pertanto le loro articolazioni devono avere dimensioni adeguate e anche i Distretti devono aumentare la loro portata.
I vari PSR si caratterizzano dunque per la loro entità di atti autonomi di governi regionali che delineano i livelli di base della sanità regionale, sebbene si possano rilevare alcune linee di azione ed obiettivi comuni definendo l'attuazione di politiche intersettoriali che rispondano sempre di più ai bisogni di salute dell'utenza.
Nell'ambito dei nuovi PSR il tema del socio-sanitario si modella in maniera decisiva sul ruolo di un soggetto che ne diventa protagonista, il Distretto appunto, e sui relativi strumenti utilizzati per garantirne la continuità dell'azione e la qualità delle prestazioni erogate.

La Tabella 1 che segue fornisce un quadro del "peso" e del "posizionamento" dei Distretti, in relazione a tre dimensioni ad essi connesse ritenute di fondamentale importanza (MMG/PLS, reti, ADI).
La dicotomia "forte" e "debole" si riferisce all'intensità della presenza del Distretto all'interno dei vari PSR. E' opportuno ricordare che le Regioni in cui il "peso" del Distretto è poco rilevante corrispondono di norma a quelle regioni il cui PSR non sia stato recentemente aggiornato sulla base delle modifiche introdotte dal Titolo V della Costituzione.
E' opportuno altresì sottolineare come le responsabilità che competono ai Distretti si esplichino nell'ambito dell'assistenza domiciliare e residenziale attraverso le seguenti attività: organizzazione dell'UVM e del piano di assistenza; erogazione attività in forma diretta ; verifiche sull'assistenza erogata.

Tabella 1 - Tipologie dei Distretti Sanitari in Italia.

Regioni	*Tipologia Distretti*					
	Forte			*Debole*		
	MMG/PLS	*RETI*	*ADI*	*MMG/PLS*	*RETI*	*ADI*
Piemonte					X	
Valle d' Aosta **		X				
Lombardia	X	X	X			
Prov.autonoma Bolzano	X	X	X			
Prov.autonoma Trento	X	X	X			
Veneto	X	X				
Friuli Venezia-Giulia	X	X				
Liguria	X	X				
Emilia Romagna	X	X				
Toscana		X				
Umbria	X	X	X			
Marche	X		X			
Lazio	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Abruzzo				X	X	X
Molise*		X				
Campania					X	
Puglia**						
Basilicata					X	
Calabria	X	X				
Sicilia						X
Sardegna	X					
* In Molise il territorio é articolato in "Distretti sociali"						

** Nei PSR di queste Regioni non è ben specificata la tipologia di Distretto presente

Fonte: elaborazione propria sui PSR delle Regioni italiane.

Per le sue caratteristiche di *struttura complessa* e *centro di responsabilità di II livello* il Distretto è:

Struttura Complessa	*Centro di Responsabilità*
Definita in base all'ampiezza delle funzioni (sanitarie e sociosanitarie) attribuite al DSB e alla rete dei servizi coordinati	Un gruppo di persone che opera per raggiungere un obiettivo dell'azienda […]
E' l'insieme di una o più strutture semplici o complesse	Articolato in uno o più centri di costo
Ha una figura (Direttore di Distretto) che assume l'incarico di struttura complessa	[…] guidato da un dirigente che si assume la responsabilità delle azioni intraprese (+ direzione direzione strategica)

Il Distretto si pone essenzialmente gli obiettivi di garantire la realizzazione di linee guida e percorsi assistenziali nell'ambito del territorio di competenza.
Il Distretto si configura come centro di responsabilità di II° Livello in quanto solitamente, nell'ambito di una logica di budget, il Direttore negozia con la Direzione strategica *obiettivi e risorse* e ha autonomia/responsabilità nell'effettuazione delle proprie scelte.
Il Direttore di Distretto *"funge da connettore tra la Direzione aziendale, con la quale negozia il proprio budget, e i Centri di responsabilità di I° livello identificabili con le equipe territoriali (NCP)".*

Tabella 5 - Costo percentuale dell'assistenza distrettuale in alcune Regioni italiane
Anni 2001-2007

Regione	*Anno 2001*	*Anno 2002*	*Anno 2003*	*Anno 2007*
Lombardia	47,7	48,9	48,1	51,0
Emilia Romagna	52,0	52,1	49,3	51,5
Toscana	50,1	50,4	50,0	52,0
Marche	53,0	51,4	49,5	51,0
Lazio	45,4	49,2	45,3	46,6
Abruzzo	43,5	42,9	43,9	44,0
Campania	51,9	50,7	49,1	39,1
Calabria	46,1	50,3	46,1	51,0
Sicilia	48,9	49,6	49,1	49,0
Italia	*48,1*	*48,8*	*47,7*	*51,0*

Fonte: Ministero della Salute.

Il Distretto, un' *area di sistema:*

Vicino al cittadino e radicato nella comunità locale	Abbastanza ampio da governare i percorsi di cura
Centro di organizzazione e coordinamento dei servizi	Non identificabile come un luogo fisico unitario di erogazione dei servizi

Il Distretto*,un centro di governo:*

- Raccoglie la domanda dei cittadini;
- Organizza modalità di risposta (accesso);
- Coordina i percorsi;
- Produce primary & intermediate care.

LeDimensioni del Distretto:

- ASL aumentano la loro portata;
- Devono decentrare parte del governo della domanda e dei servizi;
- Le loro articolazioni devono avere dimensioni adeguate;
- Anche i distretti devono aumentare la loro portata.

Ambito territoriale e sociale

- Ambito territoriale = Ambito sociale, insieme di Comuni che ha *il governo locale* delle politiche sociali;
- programmazione concertata, *distretto* PAT = PdZ *comuni;*
- il distretto rappresenta una comunità locale con tutti i suoi bisogni (area fragilità non ammette separazioni).

D. Nell'esperienza delle Regioni quale è l'organizzazione del Distretto?

Distretto (DSB) deve poter avere una sua autonomia per :

- Programmare le sue attività;
- Partecipare con la Direzione Aziendale alla definizione dei percorsi e delle modalità di accesso;
- Nominare un Direttore di Distretto.

La configurazione organizzativa adeguata sembra essere quella di una struttura complessa (86%).

Il Distretto:tra struttura complessa e centro di responsabilità:

Struttura Complessa	*Centro di Responsabilità*
Definita in base all'ampiezza delle funzioni (sanitarie e sociosanitarie) attribuite al DSB e alla rete dei servizi coordinati	Un gruppo di persone che opera per raggiungere un obiettivo dell'azienda […]
E' l'insieme di una o più strutture semplici o complesse	Articolato in uno o più centri di costo
Ha una figura (Direttore di Distretto) che assume l'incarico di struttura complessa	[…] guidato da un dirigente che si assume la responsabilità delle azioni intraprese (+ direzione strategica)

Distretto come centro di responsabilità di II° livello:
Il Direttore negozia con la Direzione strategica obiettivi e risorse e ha autonomia/responsabilità nelle proprie scelte, "*funge da connettore tra la Direzione aziendale, con la quale negozia il proprio budget, e i Centri di responsabilità di I° livello identificabili con le equipe territoriali (NCP*)".
Nel 2005 l'86% dei Distretti era una UOC.
Nel 2010 la presenza di Centri di Responsabilità all'interno dei Distretti era scesa con le ristrutturazioni delle AUSL al 78%

Modalità di coordinamento: coordinamento interdistrettuale = 83% (collegio di direzione aziendale, organismo specifico di coord., modalità informali); *coordinamento intradistrettuale* = 69% (UCAD): Integrazione; Programmazione; Verifica.

Livelli di responsabilità del distretto rispetto ai LEA:

Diretta DSB titolare della funzione, es. ADI	*Condivisa* Titolarità strettamente seguita con altri ambiti, es. assistenza farmaceutica
A supporto Titolarità esterna ma con il coordinamento del DSB, es. assistenza specialistica	*di altri soggetti* DSB non interviene

LEA distrettuali:

- Assistenza sanitaria di base;
- Attività di emergenza sanitaria territoriale;
- Assistenza farmaceutica (erogata attraverso farmacie territoriali);
- Assistenza integrativa;
- Assistenza specialistica ambulatoriale (diretta e convenzionata);
- Assistenza protesica;
- Assistenza termale;
- Territoriale ambulatoriale, domiciliare, RSA.

I rapporti con i Dipartimenti territoriali e con l'Ospedale:

- 48% condivide percorsi di cura con i DSM;
- 37% condivide percorsi di cura con i SERT;
- 88% condivide percorsi di cura con il Dipartimento di Prevenzione;
- 32% protocolli su dimissioni protette;
- 28% protocolli su ospedalizzazione domiciliare;
- 55% presenza formalizzata di operatori ospedalieri nei servizi distrettuali.

Tabella 1o – Caratteristiche dei Distretti – Anno 2010

Caratteristiche dei Distretti	n	%
Superficie di competenza del Distretto (in Km2)		
< 140	156	22,9
140-399	178	26,1
400-649	149	21,9
≥650	147	21,6
Missing	51	7,5
Popolazione residente		
< 30000	72	10,6
30000-59999	161	23,6
60000-100000	211	31,0
> 100000	214	31,4
Missing	23	3,4
Tipo di azienda sanitaria		
sub provinciale	185	27,2
provinciale	426	62,5
interprovinciale	8	1,2
regionale	57	8,4
Missing	5	0,7
Totale	681	100,0

Fonte: Indagine Agenzia Servizi Sanitari Regionali, 2010

Dalle ricerche si evince come nelle reti distrettuali l'ambito territoriale coincida di massima con l'ambito sociale. E' l'insieme dei Comuni nelle reti distrettuali che, insieme alle AUSL, ha il governo locale delle politiche sociali, ovvero, partecipano ad una programmazione concertata per l'integrazione dei servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali nell'approccio oggi prevalente di passaggio dai Piani Sanitari Regionali ai Piani regionali della Salute.
La presa in carico dei cittadini/pazienti, la continuità delle cure, i percorsi assistenziali, l'integrazione tra ospedali e reti territoriali possono realizzarsi solo in una logica di concertazione e integrazione tra istituzioni e soggetti erogatori diversi di servizi alle persone.
Nel 2010 l'ambito territoriale prevalente è quello urbano con il 41%, poi quello extraurbano con il 33%, seguono le aree montane con il 17%, le aree metropolitane con l'8% e quelle insulari con l'1%.

D. Quale è la struttura della popolazione nei Distretti?

Nelle ricerca del 2010 è stata rilevata l'età della popolazione nei Distretti. I dati della popolazione media per Distretti e per Regione è la seguente:

Tabella 11 – La struttura della popolazione nei Distretti al 2010

Regione	*< 14 anni*	*15-64 anni*	*> 64 anni*
Abruzzo	15,9	61,7	22,4
Basilicata	13,0	65,5	21,5
Calabria	14,5	66,7	18,8
Campania	16,2	66,3	17,5
Emilia Romagna	13,2	63,2	23,6
Friuli Venezia Giulia	12,1	64,8	23,1
Lazio	13,2	66,1	20,7
Liguria	12,3	61,8	25,9
Lombardia	14,1	66,4	19,5
Marche	13,0	63,6	23,4
Molise	12,2	64,7	23,1
Piemonte	12,6	64,8	22,6
P.A. di Bolzano	19,6	63,9	16,5
P.A. di Trento	16,3	64,7	19,0
Puglia	14,7	66,7	18,6
Sardegna	11,7	68,9	19,4
Sicilia	14,9	66,2	18,9
Toscana	12,2	63,9	23,9
Umbria	12,8	64,4	22,8
Valle Aosta	13,5	66,0	20,5
Veneto	13,7	66,0	20,3
Italia	*14,1*	*65,4*	*20,5*

Valori percentuali rispondenti , N= 633 su 711

Coincidenza degli ambiti territoriali dei Distretti con quelli delle zone sociali.
La coincidenza degli ambiti territoriali dei Distretti con quelli delle zone sociali è differenziata nelle diverse Regioni in base al consolidamento nelle stesse delle pratiche di programmazione sanitaria, socio sanitaria e socio assistenziale. Nella ricerca 2005 sui 650 Distretti che hanno risposto nel 76% dei casi vi è coincidenza tra ambiti territoriali e zone sociali. Mentre nel 24% dei casi no. Le Regioni ove la coincidenza è totale son Valle d'Aosta, Bolzano, Friuli, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Marche. Le regioni con invece maggior divaricazione degli ambiti sono Trento, Molise, Sardegna, Abruzzo e Piemonte.
Nella ricerca 2010 la coincidenza tra territorio del Distretto e ambito sociale era la seguente per aree geografiche:

Area geografica	*Si*	*No*
Nord Est	77,9	22,1
Nord Ovest	72,4	27,6
Centro	96,7	3,3
Sud e Isole	77,7	22,3
Totale	*80,0*	*20,0*

Valori percentuali rispondenti, N= 678 su 711

D. Quali sono le modalità di integrazione dei Distretti nella programma sociosanitario?

L'integrazione nella programmazione sociosanitaria avviene nella maggioranza dei Distretti tramite:

- I PAT e i PdZ (piano integrato salute);
- I Gruppi di coordinamento sociosanitari;
- I Gruppi di lavoro misti tra i Comuni e le AUSL;
- La partecipazione del Direttore DSB al Comitato dei Sindaci;
- Gli accordi di programma/Protocolli d'intesa con i Comuni per le attività socio sanitarie e socio assistenziali.

La negoziazione di tipologie di prestazioni con gli erogatori pubblici e/o privati nel 2010 dava i seguenti valori:

Area geografica	*Si, su mandato della Direzione Generale*
Nord Est	26,2
Nord Ovest	12,4
Centro	23,1
Sud e Isole	17,4
Totale	*19,2*
Area geografica	*Si, partecipando alla negoziazione aziendale*
Nord Est	37,6
Nord Ovest	20,7
Centro	25,6
Sud e Isole	13,0
Totale	*22,0*

Area geografica	*No*
Nord Est	39,0
Nord Ovest	69,7
Centro	54,5
Sud e Isole	70,7
Totale	*61,0*

La partecipazione del Distretto alla definizione e monitoraggio del Piano di Zona (PdZ) nel 2010 era il seguente:

Area geografica	*Si, in maniera attiva*	*Si, in risposta ad adempimento*	*No, non è stato coinvolto*	*No, non è stato redatto il PdZ*
Nord Est	73,8	5,7	2,8	17,7
Nord Ovest	63,9	25,0	7,6	3,5
Centro	64,6	21,7	3,7	10,0
Sud e Isole	61,6	21,3	7,8	9,3
Totale	65,1	18,9	6,0	10,0

Valori percentuali, N= 676 su 711

Il ruolo del "Comitato dei Sindaci di Distretto" o organismo analogo nella definizione e attuazione delle policy socio-sanitarie nel 2010 era il seguente:

Area geografica	*Ruolo forte*	*Ruolo debole*
Nord Est	55,0	45,0
Nord Ovest	61,8	38,2
Centro	59,0	41,0
Sud e Isole	38,1	61,9
Totale	*50,5*	*49,5*

Valori percentuali, N= 669 su 711

Gli strumenti di programmazione delle attività maggiormente utilizzati nel 2010 erano:

Area geografica	*Programma delle attività territoriali*	*Specificazioni nel Piano aziendale*	*Altro tipo di programma annuale*	*Non esiste alcuna programmazione*
Nord Est	35,7	49,6	14,3	0,4
Nord Ovest	18,1	81,2	0,7	0,0
Centro	28,8	61,7	9,5	0,0
Sud e Isole	44,0	42,8	7,3	5,9
Totale	*34,0*	*55,8*	*7,7*	*2,5*

Valori percentuali, N= 673 su 711

La negoziazione con la Direzione Generale degli obiettivi specifici da conseguire annualmente nel 2010 era la seguente:

Area geografica	*Si*	*No*
Nord Est	97,1	2,9
Nord Ovest	98,6	1,4
Centro	95,9	4,1
Sud e Isole	66,9	33,1
Totale	*85,2*	*14,8*

Valori percentuali, N= 677 su 711

I motivi della mancata negoziazione con la DG degli obiettivi da conseguire nel 2010 erano i seguenti:

Area geografica	*La direzione generale non ha esplicitato gli obiettivi*	*Non è stato formalizzato un processo di budgeting*	*La direzione generale negozia gli obiettivi con altri soggetti*
Nord Est	0,0	100,0	0,0
Nord Ovest	16,7	0,0	83,3
Centro	0,0	0,0	100,0
Sud e Isole	23,7	62,8	13,5
Totale	*21,2*	*58,1*	*20,7*

Valori percentuali, N= 88 su 711

Analisi delle relazioni tra alcuni aspetti salienti dell'indagine AGENAS 2010

Accessibilità

		Variabile Dipendente			*Variabile Dipendente*		
Variabile Indipendente		p-value	OR	IC 95%	p-value	OR	IC 95%
		Esistenza del Punto Unico di Accesso (PUA) o di una modalità organizzativa unificata per i cittadini			Governo dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali esistenti sul territorio con modalità esplicite ed eventuali liste di attesa		
Coincidenza tra ambito territoriale del distretto e ambito sociale /ex L. 328/2000	No		1			1	
	Sì	0,665	1,15	0,61-2,16	0,365	0,81	0,51-1,28

*Gli OR sono aggiustati per superficie di competenza del Distretto, popolazione residente nel Distretto, sesso, classi di età, area geografica e tipologia di unità operativa.

Valore della formazione

		Variabile Dipendente			*Variabile Dipendente*		
Variabile Indipendente		p-value	OR	IC 95%	p-value	OR	IC 95%
		Frequenza con cui viene effettuata la valutazione dei bisogni			Funzione di facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza, esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza primaria		
Svolgimento di percorsi formativi dedicati al proprio personale legati agli obiettivi di salute propri del distretto	Raramente o mai		1			1	
	Spesso	<0,001	2,93	1,99-4,31	<0,05	2,20	1,33-3,65

Strumenti di formalizzazione e collaborazione multi professionale e multi disciplinare

		Variabile Dipendente		
Variabile Indipendente		p-value	OR	IC 95%
		Giudizio sul livello dei rapporti tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria		
Funzione di facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza, esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza primaria	No		1	
	Si	< 0,001	4,21	2.40-7.37
		Giudizio sul livello dei rapporti tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria		
Frequenza con cui vengono svolti audit formalizzati	Raramente o mai		1	
	Spesso	< 0.05	2,56	1.35-4.88
		Giudizio sul livello dei rapporti tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria		
Frequenza di utilizzo di database e flussi informativi per la raccolta e lo scambio di informazioni tra operatori	Raramente o mai		1	
	Spesso	< 0.001	2,32	1.46-3.71
		Giudizio sul livello dei rapporti tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria		
Numero di incontri informali, volti al miglioramento del clima organizzativo	≤5		1	
	>5	< 0.001	1,40	1.49-3.87

Partecipazione dei cittadini e governo dell'accesso

		Variabile Dipendente		
Variabile Indipendente		p-value	OR	IC 95%
		Governo dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali esistenti sul territorio con modalità esplicite ed eventuali liste di attesa		
Modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività	No		1	
	Si	<0,05	1,72	1,14-2,58

D. Quanto il cambiamento nel processo di aziendalizzazione ha condizionato l'evoluzione dei Distretti?

Aziende più grandi: da 659 USL del 1992 a 145 AUSL nel 2009 con 452.043 ab. in media (min 127.065 Valle d'Aosta – max 1.569.578 Marche).

I risultati della ricerca AGENAS sui Distretti 2010:

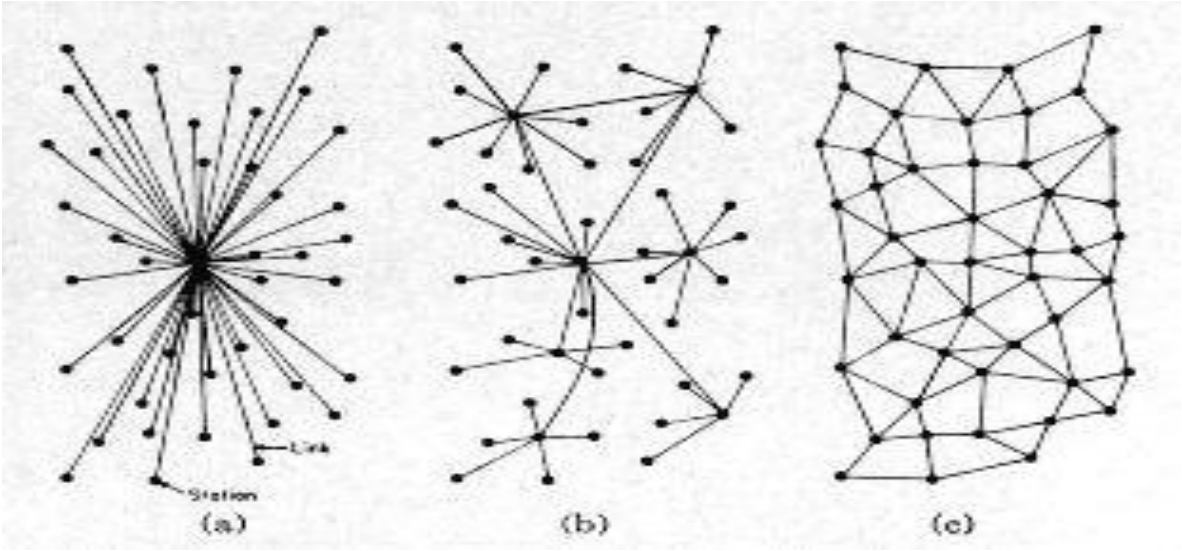
- Scarsa negoziazione delle prestazioni con gli erogatori pubblici e/o privati;
- Presenza di coordinamento interdistrettuale;
- Diffusione del PUA, con funzioni legate al governo dell'accesso;
- Diminuzione ADI erogata prevalentemente in forma diretta;
- Buona partecipazione al governo dell'accesso alle strutture residenziali;
- Diffusa concertazione con gli ospedali di protocolli per le dimissioni protette;
- Formazione diffusa e programmata;
- Utilizzo diffuso di database e flussi informativi;
- Incontri informali frequenti, organizzati dal Direttore di distretto;
- Giudizio "buono" sul livello dei rapporti multi professionali;
- La coincidenza tra l'ambito territoriale e quello sociale del Distretto non influisce sull'accesso ai servizi;
- I percorsi formativi impattano positivamente sulla frequenza della valutazione di bisogni;
- Audit, procedure, data-base e flussi informativi, incontri informali migliorano il giudizio sui rapporti multi professionali.

Il Distretto emerge come:

- luogo di prevenzione e medicina pro-attiva, da svolgersi mediante i professionisti del territorio, rafforzando ed ampliando i programmi e le azioni rilevanti in termini di efficacia (screening, vaccinazioni, chronic care model e attività fisica adattata);
- luogo di integrazione professionale, di globalità della presa in carico e della risposta all'utente;
- luogo in cui si assicura la produzione dei servizi sul territorio;
- luogo di allocazione e gestione delle risorse rispetto ad obiettivi predefiniti;
- luogo dove l'integrazione diviene sempre più strutturale e fisica;
- luogo riconoscibile e di ricomposizione di una rete di servizi sempre più articolata.

D. Come si può definire la rete?

La rete è definita come un insieme di *relazioni* relativamente stabili, di natura non necessariamente gerarchica, e interdipendenti, fra una serie di attori collettivi ovvero di organizzazioni di carattere pubblico e privato che hanno in *comune interessi* e/o norme rispetto ad una politica e che si impegnano in *processi di scambio* per perseguire tali interessi comuni riconoscendo che la *cooperazione* costituisce il miglior modo per realizzare i loro obiettivi
L'organizzazione a rete è un sistema di riconoscibili e multiple *connessioni* e strutture entro cui operano *nodi* ad alto livello di *autoregolazione*, capaci di *cooperare* tra loro in vista di *fini comuni* e di *risultati condivisi.*
I *Modelli di rete sono***:** a) centralizzata; b) decentrata; c)distribuita .



Sono *centrate* le reti che dispongono di un unico centro di regolazione
Nel modello di rete *decentrata* vi è una molteplicità di centri connessi tra loro, ognuno dei quali si collega con tanti punti della rete. In questo modello, se non funziona uno dei centri tutti i punti ad esso connessi sono tagliati fuori dalla rete.
Il modello di rete *distribuita* è quello di una rete in cui ogni punto è connesso con un numero maggiore di altri punti e attraverso di essi con il resto della rete. In questo modello l'interruzione del funzionamento di un punto non compromette il funzionamento degli altri punti ad esso collegati, che sono in grado di trovare un altro percorso per collegarsi al resto della rete.

D. Quali sono gli elementi costitutivi della rete in sanità?

Elementi costitutivi della rete sono: i nodi; le connessioni

I nodi
I nodi sono "le parti costitutive" di una rete organizzativa. Entità grandi o piccole, orientate ai risultati, relativamente autoregolate, capaci di cooperare con altri e di interpretare gli eventi esterni.

Le connessioni
Il modo più sicuro per portare avanti un imponente programma di connessioni è quello di sfruttare le forze decentralizzanti, di unire tra loro le componenti periferiche. Al momento, c'è molto di più da guadagnare allargando i confini di ciò che può compiere la base, che concentrandosi su cosa sia possibile fare ai vertici.

Reti sanitarie
Per l'OMS la rete, in sanità è rappresentata da un "Insieme di individui, organizzazioni ed agenzie organizzato su base *non gerarchica* attorno a questioni o *interessi comuni* perseguiti attivamente e in maniera sistematica, basato sull'**i***mpegno* e la *fiducia.*
Esempio di rete sanitaria promossa dall'OMS è la rete degli ospedali per la promozione della salute sviluppata alla fine degli anni '80.
L'Ufficio Europeo dell'OMS ha avviato il Programma "Ospedali per la Promozione della Salute" (Health Promoting Hospitals - HPH), in analogia ad altre iniziative sorte in quegli anni: città sane, regioni per la salute, scuole e ambienti di lavoro per la promozione della salute.
L'idea di fondo dell'iniziativa era ed è tuttora quello di attivare e sostenere un processo di riorientamento degli ospedali europei che consentisse di aggiungere alle tradizionali attività curative proprie dell'ospedale un nuovo approccio al tema della salute.
In particolare, l'obiettivo generale del Programma degli Ospedali per la Promozione della Salute è di migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera, incorporando nella struttura organizzativa dell'ospedale, nella sua cultura e nei comportamenti quotidiani i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute.
I destinatari del progetto sono tre: i pazienti dell'ospedale, il personale dell'ospedale e la comunità servita dall'ospedale

Per raggiungere l'obiettivo di riorientamento dei servizi sanitari, il programma degli Health Promoting Hospitals ha operato per:

- sviluppare specifiche iniziative di promozione della salute all'interno dell'ospedale
- ampliare l'interesse del management ospedaliero e delle strutture verso la tutela della salute e non limitarlo solo alla cura delle malattie
- sviluppare esempi di buona pratica clinica e organizzativa, documentati e valutati, che possano essere trasferiti ad altri ospedali
- facilitare ed incoraggiare la cooperazione e lo scambio di esperienze e iniziative tra ospedali aderenti
- identificare aree di interesse comune per sviluppare programmi e procedure di valutazione.

Lo sviluppo delle Reti HPH nazionali e/o regionali ha consentito di realizzare, dopo la fase di sperimentazione con gli Ospedali Pilota, una diffusione capillare dell'esperienza che consente una modalità di collegamento tra gli ospedali più immediata.
Attualmente le Reti HPH nazionali e regionali formalmente attivate sono 35, presenti in 26 paesi della Regione Europea e coinvolgono oltre 700 ospedali.

L'American Health Association (AHA) che ha iniziato a censire e studiare le forme di rete e sistemi ospedalieri a partire dal 1970, nel 1993 l'AHA ha definito le reti sanitarie come ''gruppi di ospedali, medici, altri erogatori, assicurazioni ed agenzie di comunità che lavorano insieme per coordinare ed erogare ampi spettri di servizi alla propria comunità.''
Nel 1999, Bazzoli et al. utilizzando dati provenienti dalle survey condotte nel biennio 1994-1995 dall'American Hospital Association, effettuano una ricognizione delle reti e dei sistemi a base ospedaliera negli USA.

Le dimensioni chiave che emergono dalla *cluster analysis sono:*
- *differenziazione,* numero di prodotti ovvero servizi offerti (per esempio livello di specializzazione);
- *integrazione*, ovvero comunione di sforzi verso l'unità compiuti dai partecipanti alla organizzazione;
- *centralizzazione*, ovvero convergenza delle attività a livello centrale oppure dispersione.

Lo studio (riveduto poi nel 2004 (Dubbs et al.)) giunse ad un complesso panorama caratterizzato da diversi livelli di combinazioni di queste dimensioni (clusters), evidenziando però come dimensioni maggiormente significative per la caratterizzazione di questi cluster la *differenziazione* e la *centralizzazione.*

D. Quali sono i modelli di rete possibili?

Modelli di reti di sistemi sanitari che ne emergono sono:

- Reti sanitarie centralizzate;
- Reti sanitarie moderatamente centralizzate;
- Reti sanitarie decentrate;
- Reti di ospedali autonomi.

Reti sanitarie centralizzate: sono caratterizzate da un alto livello di centralizzazione di ospedali medici ed assicurazioni. Hanno un livello di differenziazione dei prodotti moderato e sono tendenzialmente collocate in aree metropolitane con ospedali vicini fra loro ed una facile relazione di centralizzazione.

Reti sanitarie moderatamente centralizzate: sono reti nelle quali le attività produttive sono presenti a livello della rete e presso i suoi affiliati. Anche il livello di differenziazione dei prodotti assicurativi e degli accordi con i medici è elevato nei diversi servizi ospedalieri. Sono generalmente reti di dimensioni ridotte con pochi ospedali molto dispersi sul territorio.

Reti sanitarie decentrate: sono reti nelle quali vi è una elevata differenziazione in tutte le dimensioni dei servizi e dei prodotti. Sono caratterizzate da un alto numero di ospedali affiliati e generalmente dispersi su ampie aree geografiche.

Reti di ospedali autonomi: sono ospedali con poca differenziazione di servizi, accordi con medici e prodotti assicurativi. Il livello di centralizzazione è basso e solitamente sono associati pochi ospedali in aree rurali.

Negli USA tra il 1980 e il 1997 la percentuale di ospedali organizzati in reti multiospedaliere è passata da 32,1% al 73,4% 1. Sono evidenti i limiti della traduzione dei modelli interpretativi sviluppati negli USA al nostro contesto, a causa delle sostanziali differenze nei sistemi sanitari.

D. Quali sono le caratteristiche delle reti per patologie in Italia?

Nelle reti di patologia così come sviluppate nel nostro Paese, le premesse di base sono:

- il diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria,
- la centralità del paziente nel sistema,
- il volume dell'attività come proxy della qualità,
- la modulazione dell'offerta sul territorio,
- la riduzione dei costi attraverso le economie di scala.

Le reti nascono pertanto con l'obiettivo di garantire l'accesso alle cure di livello appropriato a tutti i pazienti. In tal senso si persegue una differenziazione della offerta (per livello appunto) ed una centralizzazione del modello decisionale che prescinde dal luogo specifico in cui il paziente si trova in uno specifico momento del processo. Si delinea un paziente che necessità di muoversi verso livelli di assistenza complessa e specializzata attraverso processi decisionali rapidi, spesso entro tempi obbligati (time window). Per queste ragioni i modelli di rete si sono applicati prioritariamente al trauma, all'IMA, all'ictus ed alle malattie oncologiche.

La concentrazione della casistica complessa presso servizi che garantiscano un adeguato volume di attività è associata ad un miglioramento della qualità dell'assistenza e ad una riduzione dei costi unitari di produzione per alcune specialità e per diversi settori di attività.

E' necessario identificare:

- i bacini popolazionali di riferimento,
- i processi e percorsi assistenziali,
- le caratteristiche funzionali, strutturali ed organizzative dei nodi della rete;
- i criteri di riferimento tra i servizi,
- i criteri soglia di invio e rinvio al e dal centro leader.

Particolare rilievo assumono:

- le connotazioni del sistema informativo,
- i criteri per il mantenimento e lo sviluppo delle competenze (formazione),
- le modalità con cui rendere disponibili le competenze del centro leader ai centri satelliti
- la definizione delle modalità di commissioning delle attività.

Le Reti integrate di servizi sono il risultato di un processo di *programmazione* dei servizi sanitari basato su un sistema di relazioni e collegamenti tra le varie unità produttive, indipendente dalla loro collocazione fisica.

Ponendo al centro dell' attenzione le relazioni tra le unità produttive, le reti integrate di servizi integrano due esigenze tra loro apparentemente contrastanti:

- la necessità di *concentrazione* dei servizi per garantire la qualità tecnica;
- la necessità di *facilitarne l'accesso.*

Lo sviluppo di una organizzazione rispondente a questa logica richiede alcune condizioni essenziali:

- la definizione di bacini di utenza adeguati per sostenere una rete di servizi;
- la descrizione dei servizi che compongono il processo diagnostico-terapeutico e riabilitativo e l'esplicitazione della loro reciprocità funzionale e collocazione nella rete;
- lo sviluppo ed il mantenimento delle conoscenze e delle capacità necessarie per costituire gruppi di lavoro multiprofessionali orientati a specifici obiettivi di salute e gestiti mediante linee per funzioni e processi anziché per struttura;
- lo sviluppo del sistema delle comunicazioni, logistiche e professionali, sia per archiviazione e trasmissione a distanza delle informazioni cliniche necessarie per la gestione dell'assistenza, sia per la produzione e condivisione di linee guida e di percorsi assistenziali;
- la definizione del sistema di relazione centrato sulle autonomie e sulle responsabilità, sia gestionali, sia tecnico-professionali.

D. Quali possono essere le strategie di Networking?

Si basano sul mantenimento di politiche tradizionali di intervento, quali:

- Rinegoziazione contratti di acquisto;
- Organizzazione piatta / supporto amministrativo;
- Razionalizzazione supporto tecnico logistico alberghiero;
- Razionalizzazione disegno della rete (poli antenne; hub and spoke; ospedali multisito).

Networking intelligente

- Trasferimento competenze e conoscenze;
- Valorizzazione interrelazioni ed economia di apprendimento.

Ridimensionamento rete di offerta

- Chiusura ospedali non integrati;
- Riconversione ospedali della rete (strutture specializzate, Centri lungo degenza e riabilitazione).

Reti e valutazione economica

Lo sviluppo del modello organizzato a reti integrate ha interessato fin dagli anni '60 gli studiosi di economia, e i primi lavori riguardarono l'importanza delle relazioni cooperative e l'impatto sulla struttura Organizzativa. Negli anni '90 l'attenzione si è focalizzata sulla valutazione delle singole relazioni e le loro interazioni multiple all' interno della rete.

Aspetti meno esaminati in letteratura, recentemente approfonditi, hanno riguardato l'analisi dell'efficacia all'interno della rete di interesse attuale in un contesto in cui le risorse disponibili vanno allocate secondo principi di efficienza ed efficacia.

(Levine e White 1961; Agranoff (1991), Jennings e Ewalt (1998), O'Toole (1997), Bazzoli et al. (1999), Bolland e Wilson (1994), Laumann e Knoke (1987), Provan e Milward (1995); Moskovice et al. (1995), Shortell 1993, Nauenberg et al. (1999).

Reti sanitarie Italia

Le Regioni italiane che hanno iniziato ad organizzare reti di Ospedali sono la Toscana, le Marche, la Sardegna, L'Emilia Romagna, La Lombardia.

La Toscana, in particolare con la creazione di Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV).
(M. Pallini, ESTAV nordovest 2008)

Nelle Marche a partire dal 2005 sono state assegnate alla Agenzia Sanitaria Regionale i compiti di:

- Promozione e sviluppo dell'integrazione dei processi assistenziali tra le strutture sanitarie e socio-sanitarie dell' *Azienda Sanitaria Unica Regionale* (ASUR), delle Aziende ospedaliere e dell'INRCA;
- Sviluppo delle reti cliniche, come supporto tecnico al DSPC, all'ASUR, alle Aziende Ospedaliere ed all'INRCA;
- Promozione e sviluppo delle metodologie e strumenti dell' EBM (Evidence Based Medicine) e del Technology Assessment nel SSR;
- Monitoraggio e valutazione dei processi sanitari e delle reti cliniche:
- Sviluppo e Integrazione dei processi assistenziali del Sistema dell'Emergenza Sanitaria come supporto tecnico al DSPC, all'ASUR, alle Aziende Ospedaliere ed all'INRCA.

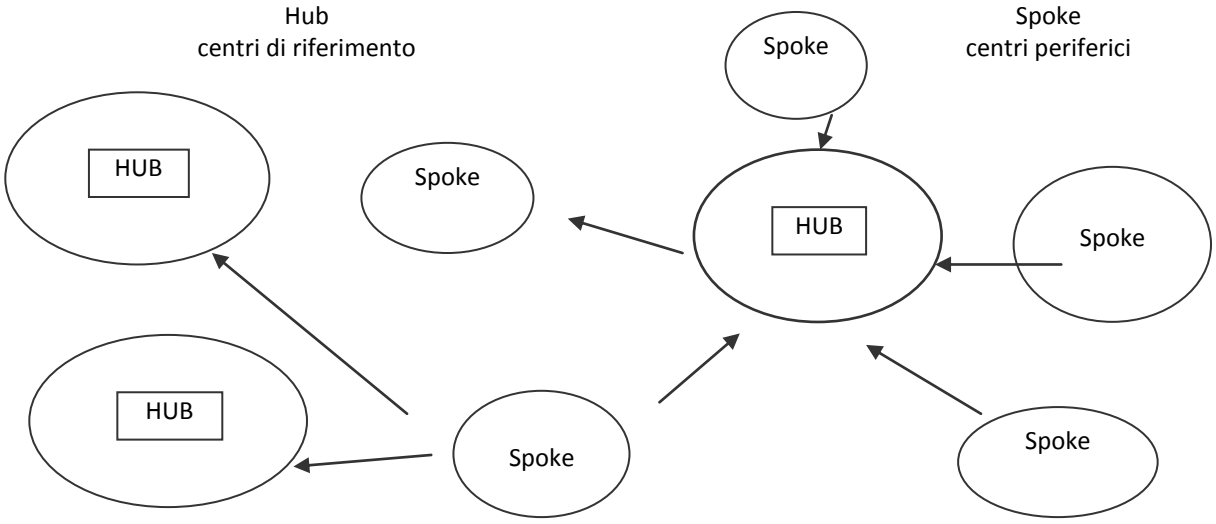
(ASR Marche: Qualità processi assistenziali e reti cliniche)

In Sardegna, nel PSR 2006-8, l'offerta ospedaliera viene programmata sul modello a raggiera, con un centro di riferimento regionale (Hub) e strutture assistenziali ad esso collegate (spoke): si mira a razionalizzare e riqualificare l'offerta di posti letto superando l'attuale squilibrio territoriale, trasformando i piccoli ospedali in ospedali di comunità, attivando l'ospedalità a domicilio.
La ridistribuzione dell'assistenza ospedaliera sul territorio prevede tra l'altro la costruzione di cinque nuovi ospedali pubblici, del Centro San Raffaele Monte Tabor, il potenziamento dell'Azienda ospedaliera Brotzu, la nascita delle Aziende miste di Cagliari e Sassari.
(Regione Sardegna. Il Piano Sanitario 2006-2008)

In Emilia Romagna a livello regionale è definita la programmazione e l'organizzazione delle "alte specialità ospedaliere" secondo il modello HUB & SPOKE (letteralmente mozzo e raggi) (PSR1999-2001): Centri di alta specializzazione (Centri HUB) dove sono concentrate competenze professionali e tecnologie altamente specializzate a cui gli ospedali del territorio (Centri SPOKE) inviano gli ammalati per diagnosi o cure di particolare complessità o rarità.
Le reti sviluppate sono relative a:

- cardiochirurgia e la cardiologia
- neuroscienze
- trapianti
- grandi ustioni
- alte specialità riabilitative
- genetica
- sistema emergenza-urgenza
- sistema trasfusionale
- malattie rare.

(http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/assistenza_ospedaliera.htm)



Requisiti per l'identificazione dei centri HUB e delle aree di afferenza delle reti specialistiche DGR 420/07

- Riferimenti di letteratura internazionale
- Complessità della casistica trattata dalle strutture ospedaliere sede di PS/DEA
- Presenza di caratteristiche strutturali desumibili dai sistemi informativi sanitari disponibili
- Localizzazione geografica e viabilità

Modello organizzativo delle reti specialistiche

Modello di integrazione tra rete generale e reti specialistiche:

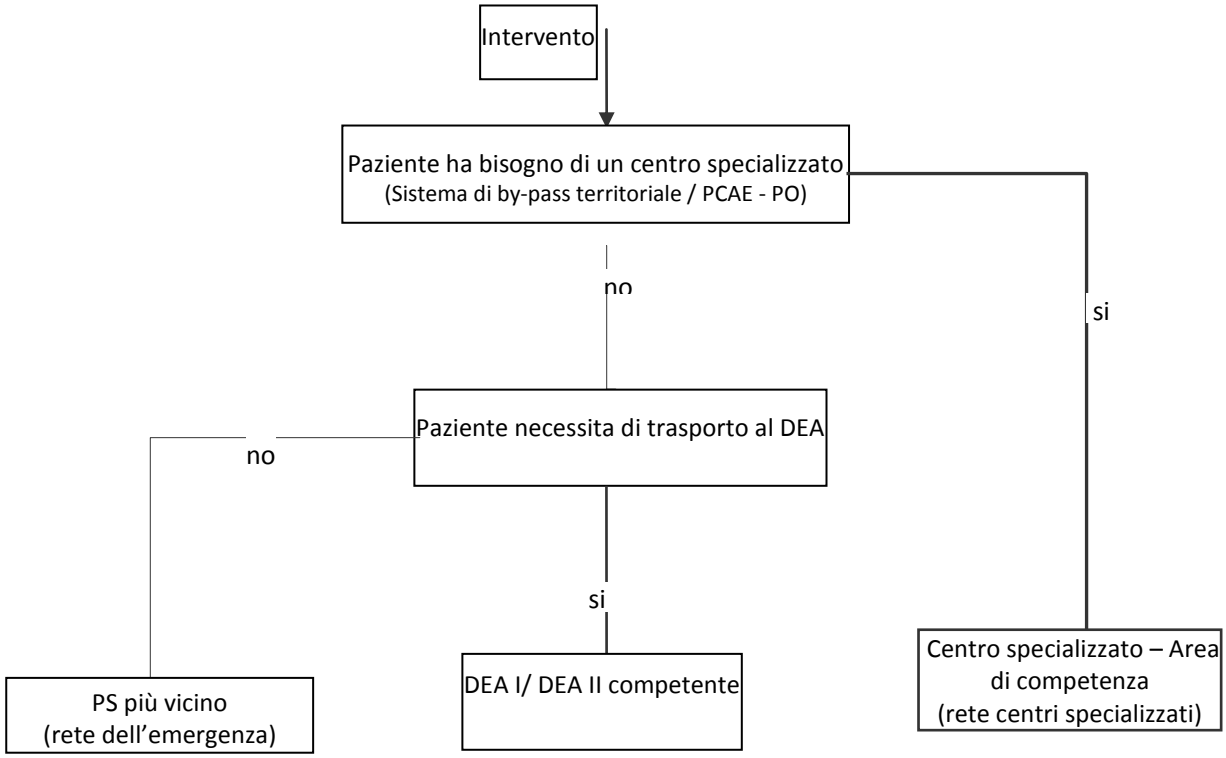
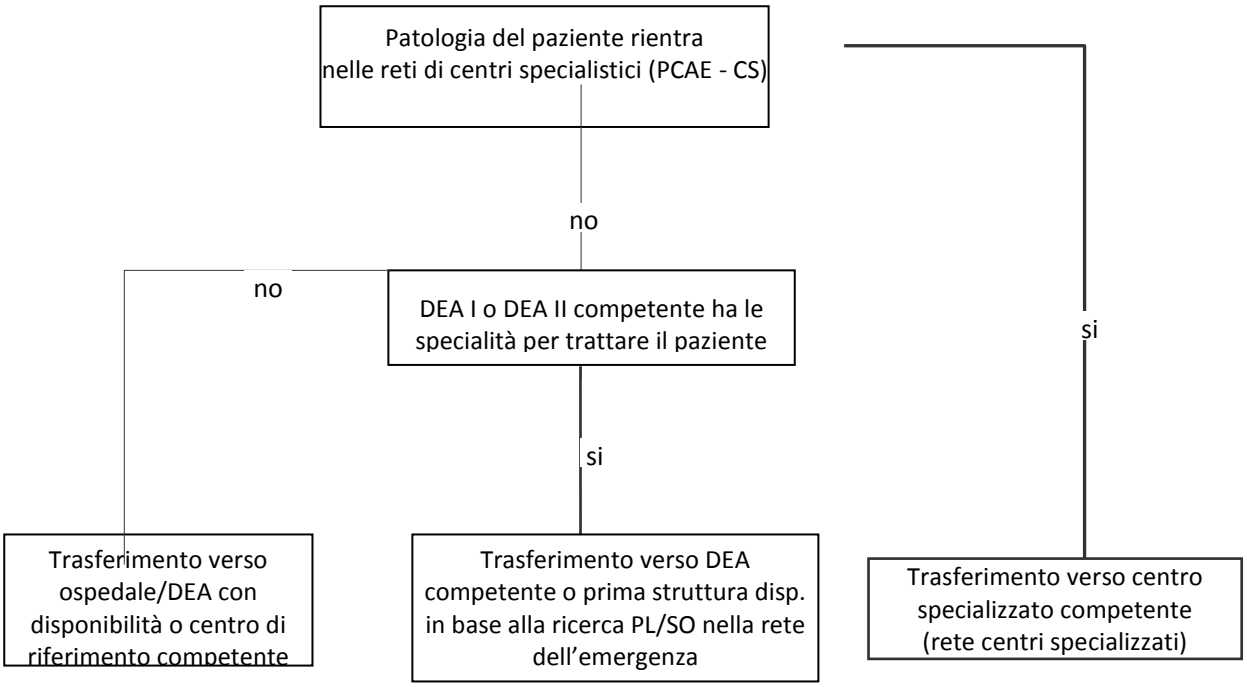
Fase preospedaliera

Se il trattamento ospedaliero del paziente soccorso dal 118 non è differibile e la patologia e le condizioni cliniche del paziente richiedono il trattamento in un centro specializzato, secondo quanto definito da un Percorso Clinico Assistenziale in Emergenza PreOspedaliero (PCAE-PO), il paziente può essere trasportato direttamente alla struttura di competenza definita nella relativa Rete di centri di alta specialità.

Fase ospedaliera

Se la patologia e le condizioni cliniche del paziente richiedono il trattamento in un centro specializzato, secondo quanto definito da un Percorso Clinico Assistenziale in Emergenza in Continuità di Soccorso (PCAE-CS), il paziente viene trasferito alla struttura di competenza definita nella relativa Rete di centri di alta specialità.

Modello di integrazione tra rete generale e reti specialistiche (fase preospedaliera):



Modello di integrazione tra rete generale e reti specialistiche (fase ospedaliera):