

dall'ultimo ACN dell'8 luglio 2010, è inoltre il presupposto fondamentale per il funzionamento di questa nuova organizzazione dei servizi territoriali e per assicurarne il collegamento con le strutture aziendali.

Nell'attuale contesto sanitario, dunque, il MMG si coniuga con le strutture del SSN per fornire una risposta di rete ai bisogni dei cittadini contribuendo attivamente all'*empowerment* degli stessi e alla responsabilizzazione della persona e del nucleo familiare nel perseguimento del massimo livello possibile di benessere. A tal fine diviene di primaria importanza il ricorso ai supporti tecnologici informatici in grado di collegare i professionisti impegnati in percorsi assistenziali comuni per consentire la condivisione di dati e conoscenze. Lo stesso ACN dell'8 luglio 2010 prevede che il MMG assuma tra i propri compiti quello di trasmettere e rendere disponibile, tramite la rete informatica, predisposta dalla Regione, i dati relativi al "*patient summary*", quale strumento di riepilogo informativo del profilo sanitario di ciascun individuo che sarà messo a disposizione, nel rispetto della privacy, di tutto il sistema sanitario favorendo l'integrazione delle varie professionalità soprattutto in un'ottica di continuità assistenziale H 24 e di sicurezza del paziente quale obiettivo strategico del governo della sanità.

La continuità delle cure è, nel nostro Paese, uno dei principali obiettivi del SSN intesa sia come continuità tra i diversi professionisti integrati in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione e implementazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi ecc.), sia come continuità tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio.

Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede la presa in carico costante nel tempo da parte di un team avente competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali. In tale gestione integrata delle cronicità il MMG è il principale referente e responsabile della presa in carico e del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato

per il paziente stesso, anche nella previsione di un'organizzazione territoriale che contempli la possibilità di disporre di posti letto territoriali e/o servizi residenziali all'interno di apposite strutture di cure intermedie nonché dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

In particolare, l'ADI, assicurata dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nasce come modello assistenziale delle cure primarie volto ad assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socioassistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio del paziente, da parte di diverse figure professionali tra loro funzionalmente coordinate. La sua realizzazione prevede la definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) in relazione ai bisogni della persona e definito da un'equipe di figure professionali diverse (Unità di Valutazione Multidimensionale, UVM), che indica gli operatori coinvolti, le modalità e i tempi degli interventi e individua, tra i componenti dell'equipe stessa, il responsabile del caso, "*case manager*". Spetta altresì alla UVM valutare l'andamento dell'assistenza domiciliare così attivata e definirne gli eventuali cambiamenti, fino alla dimissione e/o alla verifica dell'attività svolta. In questi ultimi tempi, l'ADI ha subito un processo di progressiva articolazione e strutturazione per rispondere in modo adeguato alla sempre maggiore complessità dei bisogni di salute inerenti le condizioni di cronicità e di grave disabilità come le gravi cerebrolesioni acquisite (GCA), gli stati vegetativi e di minima coscienza, le gravi neuropatie, le patologie oncologiche e terminali ecc., nell'ottica di orientare sempre più gli interventi verso forme non ospedalizzate di assistenza e più vicine alle esigenze di umanizzazione e di rispetto della qualità della vita della popolazione. La più recente evoluzione nel settore è volta a creare una rete integrata dei diversi servizi domiciliari, da quelli più semplici come la sola assistenza infermieristica a quelli più complessi con apparecchiature e sistemi complessi, alla presa in carico sociosanitaria. In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio, parti-

colarmente per le forme di cronicità, si presenta come alternativa a ricoveri ospedalieri e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità della vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero.

2.1.2. Presentazione e discussione dei dati

Nell'erogazione delle cure primarie secondo i modelli assistenziali sopra descritti, il MMG rappresenta il protagonista assoluto. Nel 2009, la medicina di base è stata garantita, sul territorio nazionale, da 46.051 MMG, dei quali 30.139, pari al 65,5%, hanno prestato la propria attività in forma associativa con un incremento del 7,1% rispetto al 2007.

La media del numero di assistiti per medico nel 2009 è risultata essere di 1.133.

Il numero totale di medici presenti sul territorio nazionale risulta complessivamente di-

minuito rispetto ai dati del 2007, essendo passato da 46.799 a 46.051 del 2009, mentre il numero di scelte per medico ha subito un incremento di circa l'1,3%. Inoltre, nello stesso anno, il numero dei MMG che ha fatto ricorso ai mezzi informatici nello svolgimento della propria attività risulta essere 35.917, pari al 78% del totale (Tabella 2.1). I PLS che nel 2009, nel nostro Paese, hanno svolto la propria attività assistenziale sono in totale 7.683, con un numero medio di assistiti per medico di 857. Rispetto ai MMG che hanno visto una riduzione del numero complessivo rispetto al 2007, i PLS hanno subito un incremento sia del numero assoluto, che è passato da 7.638 del 2007 a 7.683, sia del numero medio di assistiti per medico pediatra, che è passato da 829 del 2007 a 857 del 2009. Inoltre, 4.538 PLS, pari al 59% del numero totale, hanno erogato la propria attività assistenziale in forma associativa, con un incremento dell'11,4 rispetto ai dati precedenti. Inoltre, nel 2009 il numero dei PLS che ha fatto ricorso ai mezzi informatici nello svolgimento della pro-

Tabella 2.1. Medici di medicina generale

Regione	Totale medici	Numero scelte per medico	Medici con indennità per attività in forma associativa	Medici con indennità collab. informatica
Piemonte	3.390	1.137	2.780	2.039
Valle d'Aosta	90	1.204	44	70
Lombardia	6.473	1.317	4.483	5.230
PA di Bolzano	269	1.583	65	246
PA di Trento	398	1.116	243	356
Veneto	3.511	1.207	2.704	2.948
Friuli Venezia Giulia	879	1.111	549	697
Liguria	1.343	1.059	949	1.129
Emilia Romagna	3.200	1.180	2.479	2.681
Toscana	3.010	1.077	1.973	2.224
Umbria	763	1.022	565	651
Marche	1.266	1.084	928	1.024
Lazio	4.824	1.041	3.218	3.786
Abruzzo	1.129	1.031	784	979
Molise	269	1.062	121	236
Campania	4.334	1.132	2.483	2.969
Puglia	3.310	1.083	1.997	3.212
Basilicata	508	1.025	367	437
Calabria	1.502	1.121	485	690
Sicilia	4.216	1.044	2.018	3.335
Sardegna	1.367	1.068	904	978
Italia	46.051	1.133	30.139	35.917

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica – Anno 2009.

pria attività risulta essere 5268, pari al 68,5% del totale (*Tabella 2.2*).

Il Servizio di Continuità Assistenziale (ex guardia medica), inteso, come previsto dall'ACN per la medicina generale, quale insieme delle attività sanitarie svolte per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali, nell'anno 2009 ha visto impegnati 12.359 medici titolari, con una media di 21 medici per 100.000 abitanti, che hanno effettuato complessivamente 17.229 contatti per 100.000 abitanti. L'attività assistenziale è stata espletata con un totale di 19.680.879 ore (*Tabella 2.3*). Infine, l'ADI è stata garantita a 526.568 persone, con una media nazionale di 877/100.000 abitanti. L'84% di questi è rappresentato da anziani e il 9,4% da malati terminali. Confrontando questi dati con quelli del 2007 si nota un decisivo aumento del numero delle persone prese in carico con questa modalità assistenziale, poiché si è

passati dai 474.562 casi del 2007 ai 526.568 casi del 2009, con un incremento di circa il 10%, dovuto in gran parte al processo di riorganizzazione delle cure primarie attualmente in atto nel nostro Paese (*Tabella 2.4*).

2.1.3. Indicazioni per la programmazione

La programmazione nazionale, in questo ultimo decennio, ha orientato, sotto la spinta delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche emergenti nel nostro Paese che influenzano profondamente i bisogni di salute della popolazione sempre più caratterizzata dalla presenza di malattie croniche, non autosufficienza e disabilità, la sua attenzione verso due tematiche che rappresentano due grandi sfide assistenziali per il futuro: l'assistenza sociosanitaria connessa alla non autosufficienza e l'incremento dei costi che essa comporta in relazione anche allo sviluppo della tecnologia e ai nuovi farmaci.

Infatti, negli ultimi 10 anni la popolazione

Tabella 2.2. Pediatri di libera scelta

Regione	Totale pediatri	Scelte per pediatra	Pediatri con indennità per attività in forma associativa	Pediatri con indennità collab. informatica
Piemonte	448	912	328	221
Valle d'Aosta	18	708	7	12
Lombardia	1.147	911	686	921
PA di Bolzano	55	1.029	12	50
PA di Trento	79	833	37	50
Veneto	572	967	388	439
Friuli Venezia Giulia	105	927	52	75
Liguria	170	869	110	109
Emilia Romagna	583	810	331	370
Toscana	433	865	264	241
Umbria	115	793	70	63
Marche	180	893	97	125
Lazio	767	805	617	445
Abruzzo	183	787	142	139
Molise	37	830	12	37
Campania	813	927	372	450
Puglia	586	816	390	569
Basilicata	65	814	40	57
Calabria	278	809	177	224
Sicilia	826	758	297	535
Sardegna	223	761	109	136
Italia	7.683	857	4.538	5.268

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica – Anno 2009.

Tabella 2.3. Attività di continuità assistenziale (ex Guardia medica) [Anno 2009]

Regione	Medici titolari	Punti	Ore totali	Medici per 100.000 abitanti	Ricoveri prescritti per 100.000 abitanti	Contatti per 100.000 abitanti
Piemonte	458	140	1.000.992	10	444	13.807
Valle d'Aosta	14	8	56.519	11	747	13.714
Lombardia	1.025	224	1.570.494	11	303	10.565
PA di Bolzano	29	6	26.752	6	-	4.108
PA di Trento	50	32	226.037	10	1.097	19.620
Veneto	701	108	1.070.472	14	211	11.068
Friuli Venezia Giulia	126	45	281.081	10	386	13.024
Liguria	164	54	277.947	10	557	7.883
Emilia Romagna	561	165	1.213.937	13	171	17.426
Toscana	686	178	1.083.363	19	419	17.180
Umbria	217	36	421.390	24	214	16.976
Marche	381	84	572.429	24	371	24.143
Lazio	666	120	966.182	12	155	5.027
Abruzzo	430	103	603.820	32	410	21.611
Molise	161	36	225.700	50	465	25.956
Campania	1.295	221	1.828.076	22	275	20.744
Puglia	1.013	259	1.832.065	25	236	20.003
Basilicata	430	139	678.749	73	584	25.054
Calabria	1.000	332	1.878.903	50	450	48.141
Sicilia	1.840	446	2.543.139	37	293	31.625
Sardegna	1.112	218	1.322.832	67	829	25.555
Italia	12.359	2.954	19.680.879	21	322	17.229

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica.

in Italia è aumentata in termini assoluti di circa 3,5 milioni di abitanti e l'incremento maggiore (di circa 1,9 milioni di persone) si è osservato tra gli ultrasessantatrenni. Questi, che nel 2009 rappresentano il 20% della popolazione, risultano essere i maggiori utilizzatori delle risorse sanitarie e ciò ha indotto il SSN a un'attenta riflessione circa la necessità di ripensare culturalmente e riconsiderare strutturalmente le prestazioni sanitarie erogabili. Ne consegue che, se si vuole garantire la sostenibilità del sistema, diviene fondamentale accompagnare le misure di periodica rivalutazione delle risorse finanziarie con manovre strutturali e di recupero dell'efficienza, soprattutto nelle realtà dove si registrano cospicui disavanzi, in modo che le nuove risorse messe a disposizione dallo Stato restino vincolate ai fondamentali obiettivi di miglioramento del SSN, individuati congiuntamente dallo Stato e dalle Regioni. In tale senso, per razionalizzare l'offerta sanitaria e renderla omogenea quali-quantitativamente in tutte

le aree del Paese, già da alcuni anni si stanno portando avanti varie linee prioritarie di sviluppo del sistema che consentano una reingegnerizzazione dei processi di cura centralizzandoli sul cittadino e i suoi bisogni sanitari: la promozione dell'attuazione dei LEA con particolare riguardo all'assistenza sociosanitaria e alla rete della non autosufficienza, la prevenzione attiva, la riorganizzazione delle cure primarie, la promozione di un reale governo clinico che veda i vari attori del sistema direttamente coinvolti e responsabilizzati.

Tra le linee di programmazione sanitaria per il prossimo triennio sono consolidate le misure che sostengono l'equità del sistema e l'affiancamento delle Regioni con disavanzo attraverso un monitoraggio dell'assistenza resa, dei livelli di spesa nel rispetto di una corretta erogazione dei LEA, anche ottimizzando l'apporto del privato che si inserisce nel sistema pubblico con l'accreditamento. Il monitoraggio e la verifica dei livelli di assistenza da parte dello Stato con-

Tabella 2.4. Attività Domiciliare Integrata (Anno 2009)

Regione	Casi trattati	Casi per 100.000 abitanti	Di cui anziani %	Di cui pazienti terminali %
Piemonte	30.096	679	77,2	17,8
Valle d'Aosta	166	131	60,8	34,3
Lombardia	93.766	962	85,2	7,4
PA di Bolzano	650	130	55,4	38,0
PA di Trento	1.915	368	57,4	42,2
Veneto	56.829	1.163	82,0	10,2
Friuli Venezia Giulia	25.069	2.037	88,1	2,3
Liguria	16.273	1.008	91,7	5,2
Emilia Romagna	89.933	2.073	90,6	1,2
Toscana	24.505	661	78,3	17,0
Umbria	18.074	2.021	87,0	9,1
Marche	15.043	958	85,0	13,8
Lazio	51.324	912	86,2	7,9
Abruzzo	16.892	1.266	80,2	12,2
Molise	2.108	657	81,3	16,2
Campania	22.434	386	76,7	12,7
Puglia	17.991	441	83,7	13,7
Basilicata	7.382	1.250	81,5	16,2
Calabria	11.708	583	81,4	12,3
Sicilia	14.697	292	67,9	25,5
Sardegna	9.713	581	76,2	14,8
Italia	526.568	877	84,0	9,4

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica.

sentiranno di ridurre anche i divari assistenziali tra le diverse Regioni.

Nel contempo, tra le scelte strategiche della politica sanitaria in termini di opportunità e di vincoli figurerà ancora una volta “la riorganizzazione delle cure primarie” con l’impegno di perseguire obiettivi prioritari come:

- promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute nella comunità, inteso come processo che supporta le persone nell’aumentare il controllo sulla propria salute e nel migliorarla al fine di raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Tale azione non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, bensì coinvolge tutte le aree determinanti della salute, come indicato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS);
- favorire la presa in carico dei pazienti in modo globale e completo; il MMG e le altre professionalità della rete si assumono la responsabilità, in modo organico e progettuale, della salute dei pazienti e della loro famiglia lungo due direttrici:

una multidimensionale (farsi carico della salute nella sua dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale), una temporale (farsi carico della domanda del paziente nelle diverse fasi di evoluzione della sua salute). Ciò comporta lo sviluppo di un tipo d’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 l’implementazione della rete dei servizi di cure primarie definendone i nodi e le inter-relazioni funzionali in un sistema gestionale e relazionale tra professionisti, che, pur basandosi sul lavoro in team, sappia identificare con chiarezza, responsabilità e procedure per la definizione e l’effettuazione del percorso assistenziale e il passaggio, se necessario, tra differenti strutture e ambiti di cura. Il coordinamento e l’integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale vengo-

no garantiti dal Distretto, al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie fra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (MMG e altre professionalità convenzionate);

- 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 e 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 nel processo di cura, poiché la partecipazione e l'influenza dei cittadini sui processi decisionali costituiscono uno strumento e, al contempo, un fine per la promozione della salute. È attraverso tale processo che si possono erogare cure efficaci e appropriate sotto il profilo clinico ed etico, nonché garantire il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse;
- favorire la formazione specifica in medicina generale nella considerazione, ormai uniformemente condivisa, che la medicina generale, ponendosi quale disciplina in grado di mantenere nel tempo un approccio bio-psico-sociale, globale e centrato sulla persona, non può mancare nel curriculum formativo del futuro me-

dico e pertanto deve essere oggetto, al pari di altre discipline, di insegnamento già durante il corso di laurea, allo scopo di fornire agli studenti gli strumenti e la metodologia per un approccio olistico nel soddisfacimento dei bisogni di salute già durante la formazione universitaria;

- potenziare l'integrazione ospedale territorio, poiché la continuità delle cure presuppone la corretta gestione del processo di dimissione nel senso che, già durante il ricovero, il paziente sia sottoposto a una valutazione che prenda in esame non solo le condizioni cliniche, ma anche quelle socio-assistenziali al fine di attivare precocemente, in accordo con il MMG, la rete dei servizi sociali e distrettuali per l'individuazione dei percorsi assistenziali più appropriati (ADI o cure intermedie);
- potenziare la costituzione in ambito territoriale dei punti unici di accesso (PUA) per la presa in carico delle persone fragili in un'ottica di continuità delle cure. Tale modalità organizzativa atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, opera attraverso la raccolta di segnalazione, orientamento e gestione della domanda, attivazione di prestazioni per bisogni semplici, e attivazione dell'UVM per i bisogni complessi, migliorando la collaborazione e il coordinamento tra le diverse componenti, sanitarie e sociali, impegnate nel percorso di cura, al fine di garantirne l'unitarietà.

Bibliografia essenziale

- Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29 luglio 2009
- Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 8 luglio 2010
- Bozza Piano Sanitario Nazionale 2010 -2012

2.2. Sistema di emergenza e urgenza

2.2.1. Introduzione

Il sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria rappresenta uno degli ambiti più critici SSN, in quanto principale responsabile della ri-

sposta in tempi brevi al bisogno di assistenza sanitaria da parte della popolazione. L'attivazione della rete dell'emergenza-urgenza in Italia, così come delineata dal DPR ema-

nato nel 1992, ha sicuramente portato al miglioramento della risposta sanitaria in emergenza-urgenza e ha aumentato la cultura e l'attenzione sullo stesso sia da parte degli operatori sanitari sia da parte dei cittadini fruitori di tale sistema. Il modello individuato costituisce un vero e proprio sistema a rete integrato tra i vari servizi territoriali e ospedalieri che erogano le prestazioni, tra i diversi operatori, ospedalieri e territoriali, le Associazioni di Volontariato e gli Enti istituzionali (Protezione Civile, Vigili del Fuoco, Carabinieri e Polizia) che a diverso titolo operano nell'emergenza, tutti uniti nel raggiungimento di un obiettivo comune: garantire l'omogeneità e la continuità degli interventi assistenziali effettuati in situazioni di emergenza-urgenza. Il DPR 27 marzo 1992 ha fissato, oltre ai punti di riferimento per il sistema d'emergenza territoriale, con il numero di chiamata unico 118 e l'istituzione delle Centrali Operative, anche i punti di riferimento per la gestione dell'emergenza urgenza in ospedale, con la definizione di Dipartimento d'Emergenza-Urgenza Accettazione e delle responsabilità conseguenti. Le Linee guida esplicative del 17 maggio 1996 hanno meglio chiarito il ruolo e le funzioni del pronto soccorso (PS), dei Dipartimenti di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA) di I e di II livello, oltre che dei Punti di Primo Intervento (PPI).

Queste strutture funzionalmente differenziate e in grado di rispondere alle necessità d'intervento in base alle loro caratteristiche strutturali e organizzative vanno a costituire la rete dell'emergenza-urgenza che si pone come obiettivo principale quello di assicurare un'assistenza tempestiva ed efficace nelle emergenze-urgenze, dal territorio sino alla definitiva collocazione del paziente, tramite un'organizzazione integrata, una formazione specifica e interdisciplinare, utilizzando Linee guida diagnostico-terapeutiche.

Le componenti essenziali sono costituite dal Sistema territoriale 118 e dal PS/DEA. Il Sistema 118 opera nella fase di "allarme", garantendo il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio,

assicurando il tempestivo trasporto del paziente alla struttura più appropriata; il PS/DEA che opera nella fase di "risposta", per garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico del paziente, l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l'osservazione clinica, l'eventuale ricovero del paziente.

Il sistema di emergenza rappresenta, comunque, un servizio "recente" e, a distanza di circa 20 anni dall'istituzione, accanto a buoni risultati emergono anche elementi di criticità nell'organizzazione del sistema stesso che inducono a una riflessione e a una/un rivisitazione/aggiornamento per renderlo più efficiente e omogeneo. Inizialmente, lo sforzo maggiore è stato quello di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza dei diversi servizi della rete; in questi ultimi anni si è fatto molto per cercare di costruire l'integrazione tra i servizi, al fine di garantire la continuità assistenziale in tutto il percorso del paziente. Molto rimane ancora da fare, in particolare nella fase dell'integrazione ospedale-territorio.

Infatti, si è assistito negli ultimi anni, su tutto il territorio nazionale, a un costante e progressivo incremento degli accessi al pronto soccorso e ai DEA che ha determinato un sovraffollamento dell'area di emergenza-urgenza intraospedaliera con disagi e disservizi anche a pazienti che necessitano, in tempi rapidi, di prestazioni polispecialistiche tipicamente ospedaliere. Il significativo afflusso di utenza ha riguardato sostanzialmente le patologie di media-bassa criticità clinica che spesso possono trovare un'adeguata e migliore risposta clinico-assistenziale nell'ambito della rete dei servizi di cure primarie, ove adeguatamente strutturata. Tale fenomeno, che si rileva anche per i servizi cui il cittadino accede telefonicamente (numero 118), determina un ricorso improprio a strutture e servizi che devono essere riservati alle situazioni o condizioni di reale emergenza. Il ricorso inappropriato ai servizi di pronto soccorso ha diverse motivazioni, di cui la più importante è la percezione del cittadino di un bisogno immediato in relazione a prestazioni non differibili ma non urgenti. Tale percezione sarà molto minore se il cit-

tadino si sente accolto all'interno di una rete di assistenza primaria in grado di anticipare/intercettare il suo bisogno considerato non differibile. Si rende, quindi, necessario sviluppare nuovi percorsi organizzativi integrati con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri, razionalizzare le risorse presenti sul territorio e rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute della popolazione. A tale scopo, tra le iniziative avviate per favorire un armonico sviluppo di tutti i servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, tali da garantire una risposta completa ed efficiente al cittadino per una presa in carico globale della persona che necessita di assistenza sanitaria, è stato attivato un Tavolo di lavoro misto Ministero-Regioni-AgeNaS con l'obiettivo di riorganizzare il sistema, separando all'interno del pronto soccorso i percorsi clinico-assistenziali dei pazienti classificati con codici Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi, con relativa distinzione del personale sanitario.

Elementi indiscutibilmente positivi sono: la completa attivazione sul territorio nazionale delle 103 Centrali operative previste dalle singole programmazioni regionali; la diffusa conoscenza del numero unico telefonico "118", che permette a tutta la popolazione l'accesso al sistema H 24; la presenza di 343 DEA attivati e di 550 servizi di PS. Per quanto attiene alle maxiemergenze o alle emergenze la cui gestione coinvolge varie istituzioni, l'esperienza di questi ultimi anni ha dimostrato la necessità di un intervento congiunto di Regioni, Amministrazioni centrali statali (Ministeri e Protezione Civile), organizzazioni nazionali governative e non.

2.2.2. Regioni in Piani di Rientro

Considerato che il Sistema dell'Emergenza-Urgenza rappresenta uno degli ambiti più critici del SSN, non sorprende che gran parte delle Regioni sottoposte a Piani di Rientro abbia previsto, e in molti casi già avviato, azioni mirate a migliorare le prestazioni fornite in tale ambito sia dal lato della qualità e tempestività, sia dell'economicità. Si osserva, infatti, che tutte le Regioni (10)

hanno programmato nel periodo di riferimento (dal 2007 a oggi) interventi di ristrutturazione dei sistemi di emergenza-urgenza, anche se con caratteristiche differenti in funzione della specifica situazione.

Alcuni di questi interventi discendono e sono strettamente connessi alle attività di riordino della rete ospedaliera; la chiusura, infatti, di un presidio ospedaliero o la sua riconversione da struttura per acuti a struttura con altre finalità (es. lungodegenza) è di norma accompagnata da interventi di riordino anche della rete dell'emergenza-urgenza. In altri casi, queste azioni contingenti sono parte di interventi pianificati e specifici per il riordino della rete emergenza-urgenza, finalizzati a risolvere criticità riscontrate, a completare interventi avviati parzialmente e/o ad aumentarne i livelli di efficienza ed efficacia del sistema. Riguardo alla rete di risposta ospedaliera, per alcune Regioni (Piemonte, Liguria, Lazio) gli interventi hanno carattere evolutivo, in altre (Abruzzo, Campania, Calabria) l'azione di riordino si spinge fino al ridisegno della configurazione, tipicamente secondo il modello "Hub & Spoke", con una chiara gerarchia fra le strutture, la concentrazione delle competenze professionali specialistiche in un numero ridotto di Hub a valenza regionale o comunque sovrazonale e il disegno di percorsi prestabiliti fra le strutture ai vari livelli della rete.

Alcune Regioni nella rivisitazione hanno eliminato dalla rete dell'emergenza presidi che non presentavano i requisiti, declassando presidi ospedalieri da DEA di I livello a presidio con sede solo di PS. Da segnalare l'attenzione comunque riservata da tutte le Regioni all'attivazione e/o rafforzamento dei PPI, che diventano elemento di filtro rilevante anche ai fini di una risposta alternativa ai PS caratterizzati da iperafflusso. In molte Regioni, in analogia a quanto già avviato da altre Regioni non sottoposte a Piani di Rientro, è stata attivata presso molte strutture ospedaliere la funzione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI), strumento ottimale per le esigenze di follow-up osservazionale, alternativo al ricovero tradizionale. Si conferma poi il rafforzamento

della tendenza, già manifesta in Piemonte, Lazio e Liguria, ad affiancare (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia) alla rete dell'emergenza-urgenza ordinaria reti specialistiche per la gestione di alcune patologie ad alta complessità assistenziale. Piemonte e Calabria hanno previsto di affrontare, contestualmente, anche gli aspetti organizzativi relativi all'attività del servizio di continuità assistenziale, promuovendo interessanti azioni per una migliore sinergia, in termini di servizi offerti, centralizzando, per esempio, le chiamate afferenti a tale servizio e razionalizzando il numero delle postazioni. Relativamente al sistema di risposta territoriale, gli interventi previsti hanno soprattutto obiettivi di razionalizzazione del sistema senza impattare sul macroassetto e riguardano principalmente la rete delle postazioni e i mezzi di soccorso. Nel primo caso alcune Regioni hanno avviato un'azione rivolta alla riduzione del numero e alla redistribuzione geografica delle postazioni territoriali (Piemonte, Abruzzo, Campania, Sicilia); nel secondo caso gli interventi hanno riguardato la distribuzione della tipologia e del numero dei mezzi di soccorso impiegati sul territorio (Sicilia), privilegiando, in particolare, il ruolo delle auto mediche (Piemonte). Alcune Regioni hanno anche definito standard per determinare il fabbisogno in termini di numero e di tipologia dei mezzi di soccorso (Piemonte, Sicilia). In pochi casi si è provveduto alla razionalizzazione dei servizi di elisoccorso con la riduzione del numero delle basi (Piemonte) o una rivisitazione dell'orario di attività in accordo con il fabbisogno (Piemonte e Sicilia). L'articolazione delle centrali operative sul territorio e l'organizzazione del relativo personale sono invece raramente interessati da azioni di riordino; si segnala la Regione Piemonte, che ha previsto tra gli obiettivi da raggiungere la riduzione da 8 a 4 del numero delle centrali operative, collocandosi nel gruppo di Regioni che stanno andando in questa direzione come l'Umbria e il Friuli Venezia Giulia, in linea con la più recente tendenza evolutiva della rete, prevista peraltro anche dalla proposta del nuovo Piano Sanitario Nazionale (PSN) per questa area.

2.2.3. EMUR: sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza

Ai fini della rilevazione delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza e per raccogliere informazioni utili a valutare lo stato di salute della popolazione, il Ministero ha emanato il Decreto (17 dicembre 2008) che istituisce il flusso informativo (EMUR), che permetterà il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza e metterà a disposizione, già dal 2012, informazioni utili per le finalità di programmazione del SSN in questo ambito. Fino al 31 dicembre 2011 le informazioni pervenute saranno soggette a verifica e dall'1 gennaio 2012 il conferimento dei dati sarà ricompreso tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato. Allo stato attuale, sono rispettivamente 12 le Regioni che hanno inviato, per l'anno 2010, i dati relativi al flusso sul 118 e 15 le Regioni che hanno inviato i dati sul flusso del PS (*Tabella 2.5*) e le relative informazioni sono in corso di elaborazione da parte del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

2.2.4. Esposizione e valutazione critica dei dati con eventuali confronti territoriali (regionali o europei)

Relativamente ai servizi per l'emergenza, dai dati del NSIS disponibili per l'anno 2009 risultano presenti, sul territorio nazionale, 550 servizi di PS, di cui 512 presso strutture di ricovero pubbliche e 38 presso strutture private accreditate.

I DEA attivati sono complessivamente 343, di cui 325 collocati presso strutture di ricovero pubbliche e 18 presso strutture private accreditate. Sono stati rilevati, inoltre, 376 centri di rianimazione in strutture pubbliche e 60 in strutture accreditate.

Riguardo ai servizi di emergenza pediatrici, si evidenzia che sul totale di 96 PS pediatrici presenti a livello nazionale, soltan-

Tabella 2.5. EMUR Flusso informativo emergenza-urgenza (Anno 2010)

Regione	Dati inviati	
Piemonte	118	PS
Valle d'Aosta	118	PS
Lombardia	118	PS
PA di Trento	118	PS
Veneto		PS
Liguria	118	
Emilia Romagna	118	PS
Toscana	118	PS
Umbria	118	PS
Marche	118	PS
Lazio	118	PS
Abruzzo	118	PS
Campania		PS
Puglia		PS
Basilicata	118	PS
Calabria		PS

Fonte: NSIS-Sistema Informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza.

to due sono collocati in strutture private accreditate (Lombardia). Le Regioni dove tali servizi sono presenti in maggiore numero sono la Lombardia con 24 e la Campania con 21. In 4 Regioni (Umbria, Abruzzo, Molise e Basilicata) non risultano presenti servizi di PS pediatrici. Da rilevare che soltanto nella Regione Campania sono presenti, presso strutture private accreditate, ambulanze attive per il trasporto pediatrico (1) e per il trasporto neonatale (3). Il Lazio e la Toscana sono le Regioni con il maggiore numero di ambulanze pediatriche, rispettivamente 8 e 6, mentre in Lombardia si registra il maggiore numero di ambulanze dedicate al trasporto neonatale (11) [Tabelle 2.6 e 2.7].

Per quanto concerne i dati di attività dei servizi di PS delle strutture pubbliche e private accreditate, si evidenzia che nel 2009 sono stati registrati 378 accessi al PS ogni 1.000 abitanti, dei quali il 15,5% ha originato il

Tabella 2.6. Strutture di ricovero pubbliche – Servizi per le emergenze (Anno 2009)

Regione	Dipartimento emergenza	Pronto soccorso	Pronto soccorso pediatrico	Servizio rianimazione	Ambulanze tipo A	Ambulanze pediatriche	Ambulanze trasporto emergenza neonato	Ambulanze tipo B	Unità mobili di rianimazione
Piemonte	26	29	7	26	25	3	0	54	9
Valle d'Aosta	1	1	1	1	-	0	0	0	0
Lombardia	38	44	24	45	88	0	11	70	47
PA di Bolzano	3	7		5	-	0	0	0	0
PA di Trento		7	1	2	161	0	0	51	0
Veneto	23	28	5	26	137	0	3	76	31
Friuli Venezia Giulia	10	11	3	8	27	0	0	9	2
Liguria	8	8	3	9	93	3	0	24	11
Emilia Romagna	22	25	4	21	159	0	3	11	8
Toscana	35	33	5	28	117	4	0	138	20
Umbria	6	9		7	35	0	0	32	5
Marche	14	28	1	13	27	1	0	20	9
Lazio	24	50	7	35	20	7	3	43	8
Abruzzo	12	21		13	33	0	2	27	13
Molise	4	5		5	4	0	2	6	3
Campania	28	46	21	37	46	1	7	106	26
Puglia	20	35	1	22	83	3	6	76	22
Basilicata	3	7		6	1	1	0	16	5
Calabria	19	32	2	13	21	2	0	4	11
Sicilia	20	62	7	37	60	1	6	67	53
Sardegna	9	24	4	17	30	0	1	35	15
Italia	325	512	96	376	1.167	26	44	865	298

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica.

Tabella 2.7. Case di cura accreditate – Servizi per le emergenze (Anno 2009)

Regione	Dipartimento emergenza	Pronto soccorso	Pronto soccorso pediatrico	Servizio rianimazione	Ambulanze tipo A	Ambulanze pediatriche	Ambulanze trasporto emergenza neonato	Ambulanze tipo B	Unità mobili rianimazione
Piemonte				4	0			0	0
Valle d'Aosta					0			0	0
Lombardia	6	16	2	14	2			4	0
PA di Bolzano	1	1		1	0			0	0
PA di Trento					0			0	0
Veneto		1		1	0			0	0
Friuli Venezia Giulia		1			2			0	0
Liguria				3	0			0	0
Emilia Romagna				7	2			0	0
Toscana				1	0			0	0
Umbria					0			0	0
Marche	1	1		1	0			0	0
Lazio	2	4		9	3			6	1
Abruzzo				4	0			0	0
Molise				1	0			0	0
Campania	7	12		8	9	1	3	3	5
Puglia				3	0			3	0
Basilicata					0			0	0
Calabria		1			5			1	2
Sicilia	1	1		2	0			1	0
Sardegna				1	0			0	0
Italia	18	38		60	23	1	3	18	8

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica.

ricovero. Rispetto ai dati relativi al 2007 si osserva un incremento del numero degli accessi (da 364 a 378), cui fa seguito una riduzione del numero dei ricoveri, che dal 17,3% passano al 15,5%.

Il valore più basso riguardo la percentuale di ricoveri, a seguito di accesso al PS, si riscontra nella Regione Piemonte, con il 10,8%, e quello più alto nella Regione Molise con il 29,6%. Inoltre, il maggior numero di accessi (595) si riscontra nella Provincia Autonoma (PA) di Bolzano, a fronte di una percentuale del 12,7% di ricoveri, che risulta inferiore alla media nazionale (15,5%). Il minore numero di accessi alle strutture di PS viene rilevato nella Regione Sardegna, dove si registrano 233 accessi.

Per il 2009, relativamente all'attività pediatrica effettuata dalle strutture di emergenza dedicate (ospedali pediatrici), si registrano 144 accessi per 1.000 abitanti (0-18 anni), dei quali il 9,2% ha originato il ricovero. Il numero di accessi più elevato si registra in

Friuli Venezia Giulia con 269 e in Lombardia con 251. Nella Regione Puglia si osserva il minore numero di accessi per 1000 abitanti fino a 18 anni (42) a fronte di una maggiore percentuale di ricoverati (21,8%). La percentuale più bassa di ricoveri dopo accesso in PS si riscontra nella Regione Friuli Venezia Giulia con 2,6%. Si osserva che in 4 Regioni (Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata) e nella PA di Bolzano non risultano presenti servizi di PS dedicati all'età pediatrica (*Tabelle 2.8 e 2.9*).

Sempre riguardo agli accessi pediatrici ai servizi di PS di strutture ospedaliere dedicate a tale fascia di età, la Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza Pediatrica (SIMEUP) riporta i dati relativi al 2009, riferiti ai 10 principali ospedali pediatrici, definiti "ospedali sentinella", presenti sul territorio nazionale. Il totale degli accessi per il 2009 risulta pari a 430.264 (fonte SIMEUP), distribuiti per ciascun ospedale come riportato nella *Tabella 2.10*.

Tabella 2.8. Attività di pronto soccorso delle strutture di ricovero pubbliche e delle case di cura private accreditate (Anno 2009)

Regione	Numero pazienti				% ricoverati	N. accessi per 1.000 abitanti
	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti	Totale		
Piemonte	169.969	1.405.153	2.207	1.577.329	10,8	356
Valle d'Aosta	7.528	37.989	28	45.545	16,5	358
Lombardia	513.691	3.103.893	4.386	3.621.970	14,2	372
PA di Bolzano	37.579	259.346	47	296.972	12,7	595
PA di Trento	23.549	176.854	132	200.535	11,7	386
Veneto	258.146	1.658.739	1.817	1.918.702	13,5	393
Friuli Venezia Giulia	57.449	320.129	378	377.956	15,2	307
Liguria	102.804	551.352	643	654.799	15,7	405
Emilia Romagna	247.145	1.498.727	1.536	1.747.408	14,1	403
Toscana	154.066	1.084.711	19.387	1.258.164	12,2	339
Umbria	53.251	290.553	189	343.993	15,5	385
Marche	67.882	487.734	575	556.191	12,2	354
Lazio	402.582	1.745.274	4.025	2.151.881	18,7	382
Abruzzo	92.709	481.668	367	574.744	16,1	431
Molise	43.314	102.964	110	146.388	29,6	456
Campania	385.458	1.964.118	978	2.350.554	16,4	404
Puglia	348.163	1.159.388	1.408	1.508.959	23,1	370
Basilicata	35.194	210.447	97	245.738	14,3	416
Calabria	160.919	684.536	382	845.837	19,0	421
Sicilia	287.489	1.622.300	1.287	1.911.076	15,0	379
Sardegna	75.404	313.797	219	389.420	19,4	233
Italia	3.524.291	19.159.672	40.198	22.724.161	15,5	378

NB: L'attività di pronto soccorso può comprendere anche quella di accettazione.

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica.

2.2.5. Elisoccorso

In relazione al servizio di elisoccorso, non risultano sostanziali variazioni rispetto alla situazione rilevata nel 2005. Il numero delle basi e il numero degli elicotteri utilizzati sono rimasti invariati: in totale 44. Per quanto riguarda le elisuperfici, al contrario, risulta un incremento di circa 10 elisuperfici, omologate e certificate ENAC, per un totale di 30 sul territorio italiano, a fronte di un fabbisogno nazionale pari ad almeno il doppio (circa 60-70). Si può affermare che il numero degli elicotteri in generale è sufficiente, ma la distribuzione sul territorio non è omogenea: in alcune Regioni come la Sardegna, il servizio non è presente, mentre altre, come la Sicilia, dispongono di un numero elevato (5) di elicotteri. Al fine di un utilizzo più razionale di tale mezzo, alcune

Regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Lombardia) stanno concordando un protocollo per la gestione del servizio nelle aree di confine. Riguardo ai dati di attività del servizio, si è in attesa di acquisire da parte delle regioni le informazioni secondo il Nuovo flusso informativo sul sistema di emergenza sanitaria (flusso EMUR).

2.2.6. Indicazioni per la programmazione

La rete dell'emergenza riveste un ruolo fondamentale per garantire la sicurezza dell'intera popolazione, ma incide anche sull'efficienza dell'intero sistema di offerta sanitaria. Nonostante l'importanza del ruolo svolto e dalle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il Si-

Tabella 2.9. Attività di pronto soccorso pediatrico delle strutture di ricovero pubbliche e delle case di cura private accreditate (Anno 2009)

Regione	Numero pazienti				% ricoverati	N. accessi per 1.000 abitanti fino a 18 anni
	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti	Totale		
Piemonte	5.641	71.387	4	77.032	7,3	114
Valle d'Aosta	633	4.340	0	4.973	12,7	241
Lombardia	33.578	372.872	16	406.466	8,3	251
PA di Bolzano						
PA di Trento	749	16.729	0	17.478	4,3	184
Veneto	4.223	58.511	7	62.741	6,7	76
Friuli Venezia Giulia	1.281	47.604	0	48.885	2,6	269
Liguria	4.915	50.545	3	55.463	8,9	251
Emilia Romagna	5.122	71.221	2	76.345	6,7	114
Toscana	4.637	73.216	6	77.859	6,0	140
Umbria						
Marche	1.535	28.807	4	30.346	5,1	121
Lazio	14.716	104.121	3	118.840	12,4	125
Abruzzo						
Molise						
Campania	26.629	220.036	45	246.710	10,8	206
Puglia	6.879	24.720	0	31.599	21,8	42
Basilicata						
Calabria	4.647	27.512	6	32.165	14,4	89
Sicilia	16.964	142.994	2	159.960	10,6	166
Sardegna	2.965	20.380	0	23.345	12,7	91
Italia	135.114	1.334.995	98	1.470.207	9,2	144

NB: L'attività di pronto soccorso può comprendere anche quella di accettazione.

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica.

stema dell'Emergenza-Urgenza risulta essere utilizzato spesso in modo inappropriato. È necessario, pertanto, introdurre elementi correttivi di razionalizzazione, sia sul versante territoriale sia sul versante ospedaliero, quali per esempio:

- individuare modelli organizzativi dell'attività che tendano a privilegiare e perseguire l'integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali in una logica a rete sotto tutti gli aspetti. In tale ambito devono
- essere favorite e garantite anche opportunità di sviluppo professionale per tutto il personale operante nel sistema;
- promuovere la collaborazione con il Distretto – area delle cure primarie – per la gestione integrata dei codici a bassa gravità (bianchi e verdi) anche centralizzando le richieste per il servizio di continuità assistenziale al fine del superamento dei diversi numeri attualmente attivi;
- regolamentare l'apporto del volontariato

Tabella 2.10. Accessi annui negli ospedali sentinella della SIMEUP – Accessi PS pediatrici (Anno 2009)

Anno	Gaslini GE	Burlo TS	Oirm- TO	Dip PD	Osp Bamb BS	Meyer FI	Salesi AN	OPBG Rm	Santobono NA	Di Cristina PA	Totale
2009	39.125	21.070	48.097	25.438	39.826	41.603	30.017	48.959	90.296	45.833	430.264

- al fine di superare le diverse modalità organizzative, presenti in alcuni casi anche nell'ambito della stessa Regione;
- favorire e implementare i rapporti con le istituzioni che a diverso titolo sono coinvolte nella gestione dell'emergenza anche alla luce dell'imminente attivazione del NUE 112 come previsto dalla Comunità Europea;
 - garantire, con una corretta programmazione dei servizi di emergenza, interventi equi e omogenei anche nelle zone più svantaggiate, al fine di superare le notevoli differenze tra zone a popolazione dispersa e grandi centri urbani;
 - realizzare o implementare progetti regionali o locali di defibrillazione precoce sul territorio, al fine di diffondere la cultura delle tecniche di primo soccorso nella popolazione;
 - promuovere la formazione del personale per la gestione dell'arresto cardiaco intraospedaliero e l'istituzione di registri ospedalieri e regionali per tale evento;
 - promuovere la diffusione della metodologia del triage ospedaliero, individuando sistemi di informazione all'utenza sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde); per gli ospedali pediatrici prevedere un unico triage, ma percorsi differenziati tra i pa-

zienti critici e acuti e i pazienti con codici bianchi e verdi a basso rischio;

- allestire percorsi alternativi al PS con l'eventuale istituzione di ambulatori gestiti da MMG per una risposta sanitaria a problematiche non di emergenza-urgenza possibilmente 24 ore/24;
- attivare l'Osservazione Breve Intensiva (OBI), presso i servizi di PS, quale strumento ritenuto necessario per ridurre ricoveri e dimissioni improprie.

Infine, elemento fondamentale per garantire la continuità dell'assistenza in emergenza è la realizzazione o il completamento della rete delle patologie acute ad alta complessità assistenziale, quali la sindrome coronarica acuta, l'ictus, il trauma, le urgenze pediatriche e ostetrico-ginecologiche.

Bibliografia essenziale

Bozza Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. <http://www.salute.gov.it>. Ultima consultazione: settembre 2011

Dati Sistema Informativo Sanitario 2009

Dati SIMEUP riferiti all'anno 2009. <http://www.simeup.com>. Ultima consultazione: settembre 2011

Ministero della Salute. Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in H 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale. <http://www.salute.gov.it>. Ultima consultazione: settembre 2011

2.3. Assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera per la sua rilevanza in termini di risorse umane, tecnologiche e finanziarie impiegate è spesso oggetto di provvedimenti normativi volti alla razionalizzazione della rete ospedaliera, oltre che all'integrazione di questa attività con quella attribuita più appropriatamente ad altri setting assistenziali presenti sul territorio.

In questo ambito l'Intesa sancita tra Stato e Regioni, con l'adozione del Patto per la Salute 2010-2012, definisce le linee di intervento per garantire un maggiore controllo della spesa sanitaria e, per quanto attiene all'offerta ospedaliera, le Regioni si impe-

gnano ad adottare provvedimenti volti alla riduzione dello standard dei posti letto, a tutti gli effetti a carico del Servizio Sanitario Regionale o accreditati. Lo standard è fissato a 4 posti letto ogni 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Lo standard posto ha come obiettivo prioritario quello di ridurre le prestazioni ospedaliere ad alto rischio di non appropriatezza clinico-organizzativa se erogate in regime di ricovero ordinario, favorendone l'erogazione in regime di ricovero diurno. Per le prestazioni già rese in day-hospital e day-

surgery sarebbe agevolato il passaggio verso prestazioni ambulatoriali, se ritenuto questo il setting più appropriato; inoltre, sarebbe anche incentivata l'erogazione di prestazioni in modalità di assistenza residenziale e domiciliare. Un'ulteriore quota nella dotazione di posti letto a livello regionale può essere dedicata in modo esclusivo o prevalente ai pazienti provenienti da altre Regioni.

Le caratteristiche demografiche regionali, in particolare il peso della popolazione ultrasettantacinquenne, possono determinare una variazione dello standard previsto, che tuttavia non può superare il 5% di incremento rispetto a quanto stabilito.

La riorganizzazione della rete ospedaliera porterà a compimento per quelle prestazioni erogabili in più appropriati setting assistenziali i processi di deospedalizzazione in atto, promuovendo un modello di ospedale radicato nel territorio, funzionalmente collegato con le reti assistenziali presenti, anche mediante l'adozione di procedure e protocolli certificati e condivisi con le strutture territoriali, dotato di moderne tecnologie, collegato in rete con le altre strutture ospedaliere di diversa complessità individuate dalla programmazione regionale in base alla specifica vocazione, alla tipologia della casistica trattata, alla presenza crescente di alte tecnologie, fino ai Centri di eccellenza e ai Poli tecnologici. L'assistenza, erogata nel rispetto degli standard di qualità e sicurezza delle cure, per processi caratterizzati da un elevato grado di interdisciplinarietà, polispecialità e integrazione, è modulata secondo l'intensità di cura richiesta per il singolo paziente, facilitata anche da scelte strutturali, di flussi e di percorsi di tipo flessibile, prioritizzando, ove appropriato, modalità alternative al ricovero ordinario, anche al fine di un maggiore gradimento dei pazienti.

Un importante strumento conoscitivo dell'attività ospedaliera è quello rappresentato dal flusso informativo relativo alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), in grado di acquisire informazioni cliniche sui pazienti ricoverati, oltre che elementi conoscitivi di valutazione e programmazione dell'attività condotta presso i presidi ospedalieri.

Per quanto attiene alla classificazione adottata per la codifica delle informazioni cliniche e diagnostiche presenti nella SDO, dall'1 gennaio 2009 è stata adottata la versione 2007 del sistema di classificazione ICD-9-CM per la codifica delle diagnosi e procedure/interventi contenuti nella SDO e la corrispondente versione 24a della classificazione DRG. Avendo l'aggiornamento della classificazione introdotto numerosi nuovi codici rispetto alla versione precedentemente in uso, si è avuta la necessità di aggiornare l'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002 recante "Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella SDO".

Lo scopo principale dell'aggiornamento, quindi revisione delle Linee guida, costituisce la base indispensabile per un continuo miglioramento nella compilazione delle informazioni sanitarie. Ciò favorisce una maggiore omogeneità nei comportamenti di codifica, al fine di potenziare l'utilizzo della SDO ai fini sia amministrativi sia epidemiologici. In sintesi, le Linee guida rappresentano un'integrazione e una maggiore specificazione delle principali fonti per la codifica delle informazioni sanitarie della SDO, che sono costituite dalle regole generali di codifica stabilite con il DM 380 del 27 ottobre 2000 e dal manuale della classificazione ICD-9-CM.

L'aggiornamento delle Linee guida è stato redatto da un apposito Gruppo di Lavoro, composto da esperti appartenenti a Regioni e ad Aziende Sanitarie e coordinato dall'Ufficio del Ministero responsabile del flusso informativo SDO. Sono state utilizzate fonti bibliografiche e istituzionali, sia italiane sia internazionali, e in particolare si è tenuto conto delle esperienze già realizzate presso alcune Regioni italiane. In alcuni settori specifici, inoltre, il Gruppo ha integrato il documento con i commenti e suggerimenti espressi dalle Società medico-scientifiche, appositamente consultate.

In questi ultimi anni sono emerse necessità informative aggiuntive, rispetto a quelle già previste dal DM 380 del 27 ottobre 2000, di regolamento del flusso informativo sulle dimissioni ospedaliere (SDO). Dette necessità informative aggiuntive sono connesse

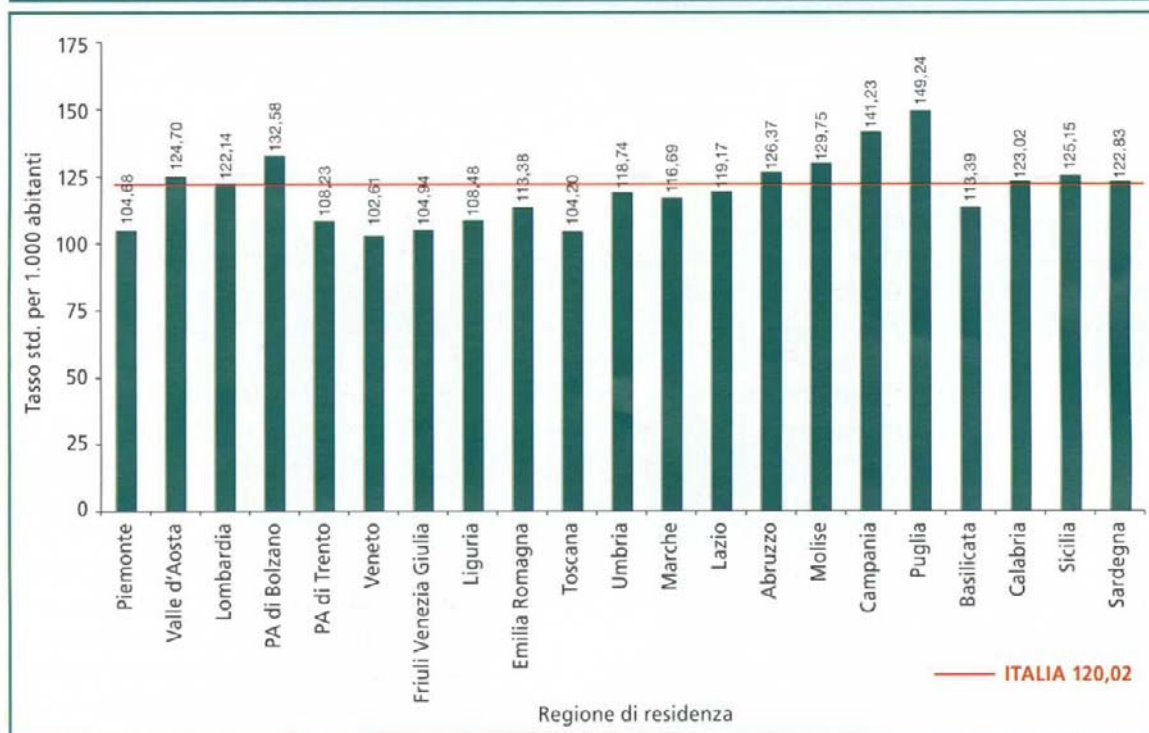
all'utilizzo sempre più rilevante della SDO per finalità socioepidemiologiche e agli obblighi stabiliti dall'Intesa tra il Governo, le Regioni e PA di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, ambulatoriali e ospedaliere, per particolari aree critiche di bisogno assistenziale.

Pertanto, il DM 135 dell'8 luglio 2010 individua quattro tipi di informazioni aggiuntive da integrare nel tracciato nazionale della SDO e inoltre riduce progressivamente la tempistica di trasmissione dei dati, dalla Regione di competenza al Ministero, portandola, con riferimento all'attività ospedaliera 2011, a cadenza mensile, per rispondere con maggiore tempestività alla conoscenza dei fenomeni di ospedalizzazione sul territorio. Del resto l'evoluzione tecnologica consente di raccogliere ed elaborare con maggiore tempestività le informazioni di base e di rispondere con tempi ade-

guati alle esigenze di programmazione e di razionalizzazione delle risorse ospedaliere.

In particolare, per quanto riguarda le informazioni aggiuntive, esse consistono nell'indicare la data di prenotazione e la classe di priorità della prestazione ospedaliera, al fine di valutare i tempi di attesa del ricovero, così come previsto al punto 7.1 "Monitoraggio di sistema" dell'Intesa sancita il 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008. Inoltre, è stata inserita l'informazione sul livello di istruzione del paziente, che risponde a necessità prevalentemente di natura socio-epidemiologica. È infatti ormai diffuso l'utilizzo della banca dati SDO per finalità di analisi e di studio di fenomeni sanitari correlati allo stato socioeconomico dei pazienti e il livello di istruzione è considerato dalla letteratura nazionale e internazionale una

Figura 2.1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso. Ricoveri per acuti in Regime ordinario (Anno 2009).



Tasso di ospedalizzazione calcolato sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private accreditate. Esclusi i casi con tipo attività, regime di ricovero o sesso errati.

La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

Fonte: Ministero della Salute – DG PROG Ufficio VI – SDO 2009.