

Anno II numero 6 settembre_ottobre 2003

Bimestrale dell'Agencia per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

6

Editoriale _Il baricentro è ora nel territorio **Focus on** _Facciamo il punto sul distretto: differenze ma anche strategie comuni nelle normative regionali; l'assistenza domiciliare è la nuova frontiera; si affaccia il modello italiano dei "primary care groups"; l'evoluzione delle cure primarie nel Regno Unito; il ruolo dell'ospedale nel sistema che cambia
Assr on line _Confronto tra le aziende ospedaliere 2001; ricoveri "a rischio di inappropriately" 2001; La spesa sanitaria e altri indicatori di salute nei dati Ocse 2003

Editoriale

Il baricentro è ora nel territorio

di *Laura Pellegrini e Franco Toniolo*

pagina 2

Focus on | Facciamo il punto sul distretto

Differenze ma anche strategie comuni nelle normative regionali

pagina 8

L'assistenza domiciliare è la nuova frontiera

pagina 24

Si affaccia il modello italiano dei “primary care groups”

pagina 32

L'evoluzione delle cure primarie nel Regno Unito

pagina 39

Il ruolo dell'ospedale nel sistema che cambia

pagina 45

Assr on line

Confronto tra le aziende ospedaliere 2001

pagina 49

Ricoveri “a rischio di inappropriatelyzza” 2001

pagina 62

Health world

La spesa sanitaria e altri indicatori di salute nei dati Ocse 2003

di *Laura Fioravanti e Federico Spandonaro*

pagina 67



monitor

**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Bimestrale dell'Agenzia
per i servizi sanitari regionali

Anno II Numero 6
settembre_ottobre 2003

Direttore
Laura Pellegrini

Direttore responsabile
Maria Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico
Giovanna Baraldi, Lucio Capurso,
Giovanni Costa, Franco
Cuccurullo, Francesco Di Stanislao,
Gian Franco Gensini, Renato
Guarini, Rocco Mangia, Maurizio
Mauri, Ubaldo Montaguti, Filippo
Palumbo, Bruno Rusticali, Erasmo
Santesso, Irinus Serafin, Federico
Spandonaro, Alberto Spanò

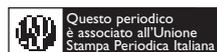
Editore
ASSR (Agenzia per i servizi
sanitari regionali),
Piazza G. Marconi 25, 00144 Roma
Tel. 06.54.95.11
www.assr.it

**Redazione, progetto grafico
e impaginazione**
Italpromo Esis Publishing
Via del Commercio 36,
00154 Roma
Tel. 06.57.29.98.1

Stampa
Union Printing Srl, Viterbo

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di novembre 2003



Il baricentro è ora nel territorio

di **Laura Pellegrini** e **Franco Toniolo**

Il baricentro del sistema sanitario si va spostando dall'ospedale al territorio sotto la spinta di bisogni nuovi, che impongono l'aggiornamento degli strumenti e delle modalità di assistenza, in modo particolare determinati dall'invecchiamento della popolazione.

Il piano sanitario nazionale 2003-2005 riassume in questi termini l'essenza e le finalità del cambiamento in atto: "L'obiettivo prioritario è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, con il supporto del medico dell'assistenza sanitaria di base. Un processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersectorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo". "Il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extraospedalieri: oggi è necessario indirizzare chiaramente una nuova e razionale offerta di prestazioni sul territorio, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extra-territoriale sempre più riservato alle patologie acute". "È una linea che inverte il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale che attende i cittadini ai servizi, a favore di una linea che identifica il territorio quale sogget-

to attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini”.

Vi è stata una lunga stagione durante la quale in Italia, come del resto in altri paesi, si è assistito ad una straordinaria espansione dell'attività degli ospedali, divenuti sempre più la sede naturale di tutte le funzioni assistenziali di qualche rilievo.

Uno studio del prof. Elio Guzzanti dell'anno 1997 (“Ricerca sui servizi sanitari”, anno 1997, n. 1) riporta i dati numerici che riassumono le tappe di questa espansione, descrivendone le condizioni di contesto.

Nel 1955, con una popolazione di 49.190.000 abitanti, di cui 4.247.000 ultrasessantacinquenni, i posti letto ospedalieri complessivi erano 380.600, con un indice di 7,7 posti letti per mille abitanti. Vent'anni dopo, nel 1975, la popolazione era aumentata a 56.014.000 abitanti (+13,9%), il numero delle persone con più di 65 anni a 6.889.000 (+62,2%) e i posti letto a 588.100 (+54,5%), con un indice di 10,5 posti letto per mille abitanti.

Nel frattempo erano intervenute alcune innovazioni che potremmo definire epocali:

- con la legge 4 agosto 1955, n. 692 l'assistenza di malattia, della quale già beneficiavano tutti i lavoratori dipendenti pubblici e privati e, dall'anno 1953, anche i pensionati dello Stato, veniva estesa a tutti gli altri pensionati, a carico dei rispettivi regimi mutualistici di categoria;
- negli anni dal 1955 al 1965 venivano assog-

gettati a sistemi di assicurazione mutualistica i molti milioni di lavoratori autonomi (coltivatori diretti, artigiani, commercianti, professionisti);

- con la legge 12 febbraio 1968, n. 132 venivano emanate nuove norme sull'organizzazione interna degli ospedali, in linea con le mutate esigenze poste dall'evoluzione della medicina in senso specialistico e tecnologico e dal mutato quadro sociale;
- con la legge 17 agosto 1974, n. 386 veniva stabilito che l'assistenza ospedaliera fosse erogata senza limiti di durata, superando la regola allora vigente che limitava l'assistibilità in ospedale a 180 giorni nell'anno, salvo che si trattasse di persone “affette da malattie specifiche della vecchiaia”, quando non fosse stato possibile assisterle a domicilio.

Non vi è dubbio che questo insieme di fattori ha avuto effetti determinanti sulla crescita del numero dei posti letto ospedalieri, favorita in quella fase dalla disponibilità di consistenti risorse pubbliche per lo sviluppo (siamo nell'epoca del boom economico) una certa influenza hanno avuto anche la persistenza del sistema di remunerazione degli ospedali mediante la retta giornaliera di degenza, in quanto stimolo alle amministrazioni ospedaliere ad accrescere le proprie entrate attraverso l'aumento dei posti letto (in presenza di una mutualità sempre più generalizzata) e infine, in qualche misura, la spinta a conseguire, attraverso gli ampliamenti, classificazioni superiori, nell'ambito del-

la gerarchia ospedaliera creata dalla legge di riforma del 1968 (ospedali di zona, ospedali provinciali, ospedali regionali).

Sull'ospedale gravava l'onere di prestare assistenza, sia per le malattie acute che per quelle di lunga durata o di carattere cronico, all'epoca di preponderante rilevanza (basti pensare alla tubercolosi e alle malattie psichiatriche), tanto che la durata media delle degenze risultava di 31 giorni nel 1955 per poi scendere a 16 giorni nel 1975.

L'espansione dell'assistenza e il ribaltamento sulle rette di degenza dei costi della riorganizzazione degli ospedali avevano, per converso, determinato per gli enti mutualistici una situazione di insostenibilità della spesa ospedaliera, passata in vent'anni da poco più del 30 per cento a circa il 60 per cento della loro spesa assistenziale complessiva.

Per questo con la legge n. 386, prima citata, mentre si ripianavano le ingenti passività accumulate dagli enti mutualistici, si realizzava anche la svolta della regionalizzazione degli ospedali, accompagnata dalle seguenti misure:

- istituzione del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, da ripartire tra le Regioni, mediante un'articolata serie di parametri in parte ancorati alla dimensione della popolazione e in parte al numero dei posti letto (spesa storica);
- abolizione della retta giornaliera di degenza e passaggio, per gli ospedali pubblici, al finanziamento a bilancio;
- divieto di istituire nuove divisioni, sezioni e servizi e di assumere nuovo personale fino alla riforma sanitaria.

Incominciava da quel momento la politica del ridimensionamento della rete ospedaliera, che ha impegnato la generalità delle Regioni, a cominciare ovviamente da quelle con un più elevato li-

vello di eccedenze.

L'obiettivo è stato, fin dall'inizio, quello di attivare strumenti assistenziali alternativi al ricovero – meno onerosi dal punto di vista economico – per tutti i casi di minore complessità.

Si è trattato di una lunga marcia, le cui tappe sono scandite dalla legislazione in tema di programmazione, razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria degli ultimi anni:

- con la legge 23 ottobre 1985, n. 595 sulla programmazione sanitaria, tra i parametri tendenziali per l'assistenza ospedaliera veniva indicata una dotazione media di posti letto di 6,5 per mille abitanti, di cui almeno l'1 per mille riservato alla riabilitazione, con un tasso di ospedalizzazione di 160 per 1.000 abitanti e un tasso di utilizzazione dei posti letto compreso tra il 70 e il 75 per cento;
- con la legge 30 dicembre 1991, n. 412 venivano rideterminati gli standard relativi ai posti letto ospedalieri, portandoli da 6,5 a 6 per 1.000 abitanti, mentre quelli per la riabilitazione passavano da 1 a 0,5 per mille e il tasso di utilizzo minimo veniva indicato nel 75 per cento;
- con la legge 24 dicembre 1993, n. 537 il rapporto tra posti letto e popolazione veniva ridotto al 5,5 per 1.000 abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione;
- con la legge 23 dicembre 1994, n. 724 veniva disposta la disattivazione e riconversione degli ospedali con meno di 120 posti letto e veniva introdotto, con effetto dal 1995, il nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera fondato su tariffe predeterminate per tipologie di ricovero;
- con la legge 28 dicembre 1995, n. 549, nel confermare gli standard di dotazione ospedaliera fissati con la legge n. 537 del 1993, si

indicava la possibilità che gli ospedali con meno di 120 posti letto fossero riconvertiti anche in “strutture residenziali non ospedaliere e in servizi ambulatoriali”;

- con la legge 23 dicembre 1996, n. 662 veniva indicata come ottimale una dotazione regionale media di 10 posti di assistenza ospedaliera diurna per ogni cento posti di dotazione ordinaria;
- infine con la legge 16 novembre 2001, n. 405 si fissava, ancora in diminuzione (5 posti letto per mille abitanti, di cui 1 per mille riservato alla riabilitazione), lo standard di dotazione media regionale.

Nel corso degli anni, anche se attraverso percorsi contrassegnati da non poche difficoltà, l’impegno delle Regioni nella strategia del ridimensionamento della rete ospedaliera e del parallelo trasferimento di quote importanti di assistenza verso le strutture e i servizi del territorio ha dato, sicuramente, risultati di rilievo.

Basti considerare che nel 1995, anno di introduzione del nuovo sistema di remunerazione dei ricoveri mediante tariffe predeterminate, il quadro complessivo evidenziava, rispetto alla situazione del 1975, le seguenti differenze: popolazione 57.269.000 (+2,24%); popolazione con più di 65 anni 9.400.000 (+36,4%); posti letto 330.560 (-43,8%), con un indice ridotto a 5,77 per mille abitanti; durata media delle degenze giorni 9,1.

Nel successivo periodo fino al 2001, a fronte di una crescita molto limitata della popolazione (57.844.000), il numero degli ultrasessantacinquenni passava a 10.556.000 (+12,3%), mentre i posti letto ulteriormente diminuivano a 287.625, con un indice pari a 5 per 1.000 abitanti, di cui 0,5 per la riabilitazione; la durata media delle degenze si contraeva ulteriormente a giorni 7,5.

Se l’ulteriore diminuzione dei posti letto dà

conferma del permanere di una tendenza di segno positivo, rimane innegabile la necessità di altri decisivi passi prima di conseguire l’obiettivo dei 4 posti per malattie acute e 1 posto per riabilitazione ogni mille abitanti. Soprattutto molto più impegnativo è l’obiettivo per alcune Regioni rispetto ad altre, essendo il dato nazionale medio del 5 per mille, di cui 0,5 per la riabilitazione comprensivo di differenze regionali rilevanti.

Infine, largamente insoddisfacente è ancora il sistema di strutture territoriali, che dovrebbe farsi carico dell’assistenza di tanti soggetti che impropriamente vengono ancora curati in ospedale tanto che il tasso di ospedalizzazione permane ovunque ben al di sopra dei 160 ricoveri annui per mille abitanti.

In questo numero della rivista l’argomento della riconversione dei posti letto e del parallelo sviluppo dei servizi territoriali, per dare risposta ai nuovi bisogni assistenziali posti dall’invecchiamento della popolazione, è trattato da alcuni articoli di approfondimento.

Un primo articolo fornisce il quadro sulla legislazione regionale in materia di distretti sanitari.

Il distretto sanitario, la cui attivazione è stata per la prima volta prevista dalla legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978, ha tardato a prendere consistenza e nelle prime Regioni in cui è stato effettivamente istituito (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria, Toscana) si è configurato più che altro come un punto decentrato di erogazione di servizi amministrativi e di igiene pubblica.

Lentamente è venuta affermandosi la necessità di sviluppare, al di fuori dell’ospedale, un circuito strutturato di servizi assistenziali, a forte integrazione socio-sanitaria, che fossero capaci di dare una risposta differenziata ai diversi bisogni della popolazione.

Il distretto sanitario è entrato, allora, con un posto di rilievo, nella programmazione regionale dei servizi; il processo è stato favorito dall'aggiornamento della normativa nazionale in materia (articolo 3 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229).

Il secondo articolo riguarda le tematiche dell'assistenza domiciliare, nuova frontiera nel processo di adeguamento dell'organizzazione del sistema sanitario.

Nelle normative via via adottate dalle Regioni, nel percorso di riorganizzazione dei loro servizi, l'assistenza domiciliare ha riguardato inizialmente soprattutto la popolazione anziana e i disabili, e successivamente si è estesa alla cura di altre patologie, quali l'AIDS, l'Alzheimer, nonché i pazienti allo stato terminale, 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 a quelli più complessi (dal servizio infermieristico semplice, all'assistenza sanitaria a domicilio con apparecchiature e sistemi complessi).

È da sottolineare che, per i bisogni assistenziali della popolazione anziana, destinati a crescere negli anni in modo esponenziale, l'assistenza a domicilio è considerata, anche dai governi degli altri paesi, la modalità di intervento privilegiata sia per contrastare il rischio di istituzionalizzazione, sia per garantire una migliore qualità della vita nell'ambito della famiglia.

Il terzo articolo della rivista tocca una tematica di tipo organizzativo-gestionale, quella della individuazione di un aggiornato ruolo per i medici di famiglia, caratterizzato da nuove re-

sponsabilità nella organizzazione e nella gestione dei servizi territoriali.

La rivista pubblica, in proposito, un documento elaborato da un gruppo di esperti del Ministero della salute, in cui si delinea l'attivazione di una struttura di assistenza primaria nel territorio ("Unità primaria di assistenza territoriale - UTAP") chiamata a gestire, compiutamente, attraverso l'associazione di medici e di altri operatori, in un ambito territoriale determinato, un insieme di attività assistenziali (assistenza medico-generica, specialistica, diagnostica di laboratorio, cure domiciliari mediche e infermieristiche, collegamento con l'ospedale, ecc.) in un'ottica di integrazione e di ricerca costante delle modalità più efficaci ed appropriate di intervento nei singoli casi.

Il documento è stato trasmesso dal Ministero della salute alla Conferenza Stato-Regioni nell'ambito delle indicazioni progettuali per l'utilizzazione delle risorse che sono state vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge n. 662 del 1996, alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano sanitario nazionale 2003-2005, e perciò costituirà - per la materia delle cure primarie - un importante contributo per le Regioni ai fini della redazione dei loro progetti.

È da sottolineare che la proposta di attivazione delle UTAP, contenuta nel documento, riecheggia l'esperienza inglese dei "primary care groups". Per questo motivo il terzo articolo della rivista contiene una sintetica descrizione di quell'esperienza, partendo dall'originaria istituzione del "fundholding", fino all'attuale fase nella quale si vanno consolidando i nuovi modelli riformati di organizzazione e gestione delle cure primarie, caratterizzati da funzioni, responsabilità e gradi diversi di autonomia.

L'ultimo articolo riguarda il diverso ruolo dell'ospedale nel sistema che cambia.

Il drastico ridimensionamento del sistema ospedaliero risponde a ragioni di necessità, essendosi modificati nel corso degli anni, con i bisogni assistenziali, sempre più condizionati dall'aumento delle patologie croniche delle persone anziane, anche le caratteristiche strutturali degli ospedali, divenute sempre più complesse e sofisticate, sotto l'impulso delle nuove conoscenze scientifiche e dell'avvento di nuove e costose tecnologie biomediche, finalizzate soprattutto alla diagnosi e alla cura delle patologie acute.

In questo processo è assai probabile che il numero dei posti letto per acuti, man mano che si rafforzeranno le strutture di assistenza del territorio, sia destinato a scendere anche al di sotto della soglia di 4 posti letto per mille abitanti prevista dalla legge n. 405 del 2001.

Contemporaneamente all'uscita di questo numero della rivista, l'Agenzia ha curato la pubblicazione del rapporto finale di una propria

ricerca, svolta negli anni 2002 e 2003 – con il finanziamento del Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo n. 502 del 1992 – sul tema: “Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza”.

La ricerca si è posta l'obiettivo di contribuire alla definizione delle caratteristiche tecniche, organizzative e gestionali degli ospedali per acuti di eccellenza, ad alta tecnologia ed elevata assistenza, valutando in proposito i dati e le realizzazioni disponibili, soprattutto in Europa, e riunendo esperienze, idee e proposte di numerosi esperti, che hanno operato in modo interdisciplinare. Vengono formulate, in proposito, concrete proposte di carattere operativo.

Infine, nella rubrica *Assr on line*, sono pubblicate alcune tabelle che riportano i dati più significativi di confronto tra le aziende ospedaliere nell'anno 2001, nonché i dati sui ricoveri “inappropriati” dell'anno 2001, messi a confronto con quelli dell'anno 2000.



Differenze ma anche strategie comuni nelle normative regionali

La riforma del Titolo V della Costituzione (legge costituzionale n. 3/2001) consente alle Regioni di ridisegnare il proprio sistema di organizzazione dei servizi, con ambiti di autonomia del tutto nuovi, e quindi con la possibilità di individuare strumenti e modelli diversi rispetto a quelli previsti dalla originaria normativa nazionale.

Nel settore sociale, l'autonomia della Regione e degli Enti locali è più ampia (l'art. 117 non include la materia nel novero di quelle a legislazione concorrente); nel settore sanitario, l'autonomia della Regione ha, come limiti, l'obbligo di garantire i livelli essenziali di assistenza definiti dallo Stato e di seguire i principi fondamentali indicati con atto legislativo.

I nuovi rapporti tra Stato, Regioni ed Enti locali si fondano sui principi della leale collaborazione e della sussidiarietà. Quest'ultimo principio risulta di particolare rilevanza per lo sviluppo di una rete di servizi territoriali, in quanto richiede che nella ricerca del livello adeguato per rispondere alle esigenze del cittadino, si parta dal luogo più vicino a quello dove nasce il bisogno, e quindi, dal cittadino stesso e dalla comunità locale.

È significativo che l'articolo 114 della Costituzione, nella definizione paritetica dei livelli istituzionali, indichi con precedenza l'ente locale in quanto primo depositario dei bisogni dei cittadini.

1. ALCUNI ELEMENTI DI CONFRONTO TRA LE REGIONI

La ricognizione su come le Regioni stanno realizzando questi cambiamenti, seppure limitata al solo piano delle normative regionali, consente di individuare alcune linee di tendenza che, pur nella varietà delle soluzioni, evidenziano il comune impegno a sviluppare un sistema integrato di servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, diversificando il più possibile le risposte rispetto ai bisogni, superando la settorialità degli interventi tra sanitario e sociale (ripartizione che tuttavia rimane sul piano delle risorse finanziarie e delle competenze), soprattutto cercando un difficile equilibrio tra una crescente domanda sociale e la scarsità delle risorse a disposizione.

Considerando il modello generale del sistema sanitario complessivamente, risultano molteplici le differenze regionali a livello normativo, ma osservando la situazione dal punto di vista degli aspetti operativi, non è raro riscontrare similitudini. L'elevata incidenza di problematiche comuni, infatti, porta frequentemente allo sviluppo di soluzioni analoghe. La tendenza più diffusa, riscontrabile in diversi contesti regionali, consiste nella ricerca di nuovi strumenti operativi che rendano il territorio un reale riferimento per il cittadino offrendo una rete di servizi diversificata. Finalità ultima di tale strategia sarà quella di conquistare la fiducia degli utenti offrendo loro un servizio funzionale ed affidabile, ma anche tentare di arginare il più possibile il ricorso improprio all'ospedale. In quest'ottica si può affermare che tutte le Regioni convergono verso la sentita necessità di creare un distretto forte, sia nella capacità di governo della domanda che nel coordinamento della rete dei servizi, non solo sanitari, ma anche socio-sanitari, socio-assistenziali ed in stretta collaborazione con gli enti locali. Da questa necessità condivisa consegue automaticamente l'esigenza di valorizzare il ruolo centrale dei medici di medicina generale, chiamati talora a coordinare direttamente il sistema delle cure primarie o comunque a partecipare attivamente alla definizione dei percorsi di cura, alla strutturazione dei servizi di cure domiciliari, alla scelta di risposte adeguate e di razionalizzazione delle risorse. Tutte le Regioni, inoltre, stanno individuando soluzioni per la prevenzione e l'assistenza delle persone non autosufficienti, ampliando i servizi, soprattutto domiciliari, e inventando solu-

zioni anche di cash and care (che combinano interventi di trasferimento monetario alle famiglie con l'erogazione di servizi finali, allo scopo di sostenere il lavoro familiare ed informale di cura), come i voucher socio-sanitari, o altre forme di sostegno alla famiglia.

Questi obiettivi corrispondono pienamente a quelli indicati dal Piano sanitario nazionale 2003-2005 e dall'Accordo Stato-Regioni attuativo del Piano siglato il 24 luglio scorso (che individua due priorità per il territorio: il riassetto delle cure primarie e la creazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza, che non solo sostenga la famiglia, ma diventi corresponsabile nel "prendersi cura" della persona).

È interessante, pertanto, rilevare che, pur nella grande ricchezza del sistema territoriale, con molte esperienze di valore che possono essere portate fuori dall'ambito locale, c'è una certa unitarietà nelle scelte generali. La normativa regionale sui distretti ben rappresenta questi aspetti: le norme regionali delegano sempre al distretto il compito di governare il territorio, di coordinare i servizi e i professionisti, di definire programmi concertati con gli enti locali a favore dei soggetti con problemi complessi. Sempre attribuiscono al distretto – per lo meno sugli articoli di legge – risorse in rapporto agli obiettivi da conseguire; prevedono un Direttore di distretto che sia responsabile delle attività e degli obiettivi di salute; richiedono il coordinamento con i Dipartimenti territoriali ed ospedalieri. Il nuovo passaggio è trovare gli strumenti che rendano il distretto effettivamente capace di tutto ciò: in questo breve lavoro si evidenziano alcune tendenze co-

muni, rilevabili dalle scelte regionali, in una ricerca che risulta aperta e vivace, come forse in passato non era avvenuto.

Il confronto riguarda alcuni temi che sono considerati prioritari nell'attuale dibattito sui distretti: la distinzione tra le funzioni di tutela-committenza e quelle di produzione di servizi; le modalità per l'integrazione socio-sanitaria; la definizione di livelli di governo sovradistrettuale.

Verrà analizzato un quadro della situazione attuale sui distretti sino ad oggi attivati ed il raffronto del loro bacino di utenza rispetto all'indicazione nazionale di 60.000 abitanti; i criteri regionali per il dimensionamento dei distretti; il recepimento delle indicazioni del d.lgs. 229/99 o l'adozione di norme diverse.

1.1 DISTINZIONE COMMITTENZA/PRODUZIONE NEL DISTRETTO

Si rafforza la funzione di tutela/committenza del distretto, intesa come capacità di leggere i bisogni della persona ed individuare i servizi in grado di rispondervi. Tutte le norme regionali stabiliscono questo passaggio, purtroppo ancora lontano dall'effettiva realizzazione: è compito del Direttore di distretto, in collaborazione con i professionisti che operano sul territorio, conoscere la comunità in cui si colloca, individuare i maggiori bisogni che diventano le priorità di intervento e programmare i servizi per rispondervi, decidere come distribuirli adeguatamente sul territorio e coordinarne le attività. Tutto questo attiene alla funzione di "tutela", che richiede una forte capacità di concertazione con la direzione aziendale e con gli enti locali; una responsabilità ampia della garanzia dei livelli di assistenza sul territorio.

Una funzione difficile, che a volte chiede al Direttore di distretto di definire non solo i servizi, ma anche valutare la convenienza di erogarli all'interno

all'azienda o acquisirli all'esterno, con una proposta che dovrà poi essere riportata alla Direzione generale per una decisione definitiva. L'ampiezza del compito porta alcune Regioni, ed in primis l'Emilia-Romagna, a separare organizzativamente da essa le funzioni di produzione di servizi e prestazioni, affidate generalmente ad organizzazioni dipartimentali (talora nel dipartimento delle cure primarie; in altri casi nel dipartimento servizi di base).

Interessante è la modalità di questa distinzione: in alcuni casi, la distinzione è interna all'azienda sanitaria, ossia si mantiene l'unitarietà delle funzioni nella ASL e nel distretto, come in Emilia-Romagna, in altri si sposta l'attività di produzione, per quanto possibile, al di fuori della ASL e del distretto, come in Lombardia.

1.2 CURE PRIMARIE

È comunemente presente, nei contratti decentrati adottati dalle Regioni, l'incentivazione delle forme di associazionismo dei Medici di medicina generale, come strumenti per una maggiore accessibilità e continuità delle cure a favore dei cittadini, ed in genere per l'esercizio delle funzioni strettamente connesse alle cure primarie.

La novità consiste nella individuazione di forme di collaborazione nuove, come i "nuclei di cure primarie" e le "équipe territoriali", o in generale la costituzione di unità di produzione territoriali di natura multifunzionale e multidisciplinare, che intendono rendere i medici di medicina generale realmente protagonisti nelle scelte di produzione e negli obiettivi del distretto. In questi ambiti i medici di medicina generale coordinano fattori produttivi inseriti nel distretto, partecipano alla definizione dei percorsi di cura, alle modalità di definizione delle cure domiciliari, al controllo della spesa farmaceutica e così via.

Strada diversa è quella percorsa dalle Regioni che mirano ad esternalizzare i servizi rispetto all'azienda

USL, e quindi interessate a trasformare le forme associative dei medici di medicina generale in associazioni imprenditoriali, che rispondano direttamente agli utenti rispetto alla gestione di una serie di servizi socio-sanitari, come le cure domiciliari, i servizi agli anziani, le cure primarie, valorizzando il loro ruolo e responsabilizzandole rispetto agli obiettivi gene-

rali definiti dall'azienda.

Questi percorsi richiedono una scelta, da parte degli stessi medici di medicina generale, di una maggiore internalizzazione o esternalizzazione nelle aziende sanitarie, che va concertata in sede di rinnovo dell'accordo per la medicina generale, attualmente in fase di definizione.

Il confronto in alcune Regioni sulle funzioni Committenza/Produzione e Dipartimento Cure Primarie

Regioni	Alcune scelte strategiche di fondo Committenza/Produzione	Cure Primarie
Lombardia	<p>Nel PSSR 2002-04 si prevede il completamento del modello di sistema sanitario previsto dalla L.R. 31/97, che si basa sulla separazione tra ASL e soggetti erogatori.</p> <p>La ASL assume pienamente la funzione di committenza, sviluppando le capacità di Programmazione, Acquisto e Controllo (PAC) e dismette, per quanto possibile, l'attività di produzione di servizi, anche socio-assistenziali, trasformati in soggetti imprenditoriali.</p> <p>Le AO sono trasformate gradualmente in Fondazioni di diritto privato.</p> <p>Si sviluppa un'articolazione dipartimentale nelle ASL, che promuove l'integrazione socio-sanitaria (Dip. ASSI; programmazione concertata).</p>	<p>Articolazione delle Asl nei seguenti Dipartimenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cure Primarie; 2. ASSI (Attività Socio-San. Integrate); 3. PAC (Programmazione, Acquisto e Controllo); 4. Di prevenzione medico; 5. D prevenzione veterinario.
Veneto	<p>Come nel PSSR 1996-98, il programma sull'assistenza territoriale n. 3242 del 2001 e la bozza del PSSR 2003-05 confermano la scelta di un sistema a forte integrazione socio-sanitaria.</p> <p>Le Unità socio-sanitarie locali mantengono unitariamente le funzioni di produzione e committenza; nel Distretto è valorizzata la funzione di tutela e anche il coordinamento di tutte le attività territoriali. Forte ruolo della Regione nella guida delle aziende.</p>	<p>Non è previsto un Dipartimento di cure primarie. Il Distretto Socio – Sanitario è configurato come una struttura "aperta", da organizzare secondo le necessità locali; la Regione specifica le strutture organizzative "minime", con almeno due strutture complesse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. una di tipo "generale" che comprende i servizi e gli interventi rivolti a tutta la popolazione, come le cure primarie, 2. l'altra per "l'area omogenea materno infantile, età evolutiva e famiglia. <p>A queste si aggiungono alcune Unità Operative per gli aspetti di integrazione socio-sanitaria, come l'UO handicap, UO salute mentale, UO tossicodipendenze, ed altre.</p>
Emilia Romagna	<p>Il PSR 1999-2001 e le linee guida attuative sul distretto del 1.3.2000 prevedono di mantenere unitariamente nella ASL le funzioni di produzione e di committenza, ma di separarle organizzativamente all'interno del distretto. Si attribuisce, così, al Direttore di distretto principalmente le funzioni di tutela-committenza, e ai Medici di medicina generale le funzioni di produzione dei servizi, con l'istituzione del Dipartimento di cure primarie.</p>	<p>Si prevede il Dipartimento di cure primarie con organizzazione dei "Nuclei di cure primarie", formati da MMG e PLS e altri operatori sanitari e sociali. I Nuclei sono costituiti in aree territoriali omogenee, con popolazione di 10-30.000 abitanti.</p>

Regioni	Alcune scelte strategiche di fondo Committenza/Produzione	Cure Primarie
Toscana	<p>Come il Veneto, conferma un sistema a forte tradizione socio-sanitaria. Prevede l'unificazione delle 34 zone territoriali con i distretti (attualmente 52), come ambito di programmazione concertata dei servizi sanitari e socio-sanitari. Prevede, inoltre 3 aree-vaste (Area del Centro Nord; Area della Costa; Area del Centro-Sud) per la concertazione delle funzioni sanitarie a maggiore complessità, ed in particolare quelle ospedaliere, ma anche con centralizzazione di servizi di supporto tecnico-amministrativo (acquisti, gestione personale, contabilità).</p>	<p>L'eventuale costituzione di Dipartimenti di cure primarie è una scelta aziendale; non vi sono indicazioni regionali che li rendano obbligatori. Il modello nuovo è la previsione, in via sperimentale, di Società della salute, in alcune zone-distretto, per la gestione integrata tra ASL, Comuni ed altri enti no profit delle funzioni territoriali, sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Le linee guida regionali per la sperimentazione sono state recentemente adottate con DCR n. 155 del 24.9.2003; la sperimentazione sarà avviata a breve.</p>
Marche	<p>La trasformazione delle 13 USL in un'unica azienda nella Regione (ASUR) porta alla costituzione delle zone territoriali (coincidenti con le ex USL), dotate di autonomia gestionale ed operativa, con un direttore di zona nominato direttamente dalla Giunta regionale. Le zone hanno il compito di assicurare i livelli di assistenza alla popolazione di riferimento, in condizioni di equità. Costituiscono un ambito di governo e programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. In ogni zona opera un "Collegio di direzione", con i Direttori di dipartimento, di distretto e di presidio; e una "Conferenza dei sindaci". Vi sono dipartimenti a valenza zonale (prevenzione; salute mentale; ospedaliere; professioni sanitarie).</p>	<p>I distretti, nel nuovo sistema sanitario, sono articolazioni delle zone; lo stesso Direttore di distretto è nominato dal Direttore della zona. Non è previsto specificamente un Dipartimento di cure primarie; rientra nelle scelte aziendali l'eventuale costituzione.</p>
Umbria	<p>Il PSR 2003-05 conferma la forte attenzione alla rete territoriale; mantiene l'articolazione dei distretti in "Centri di salute", come punti di erogazione dei servizi ai cittadini, con popolazione compresa tra i 10.000 e i 30.000 abitanti; e investe sulla costituzione delle équipes territoriali integrate, come nuovo strumento per una reale integrazione dei MMG nel distretto, anche per garantire la continuità assistenziale.</p>	<p>Non sono previsti Dipartimenti di cure primarie. Per l'erogazione delle cure primarie e l'integrazione nel distretto, si costituiscono "Equipe territoriali integrate", composte da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali unitamente ai medici del servizio di continuità assistenziale. Interessante è rilevare che i distretti non sono configurati come "Strutture complesse".</p>
Puglia	<p>La Regione sta operando un'ampia con ridimensionamento della rete ospedaliera e potenziamento di quella territoriale (obiettivi previsti dal PSR 2002-04; dalla D.C.R. 3.2.1999, n. 379 sul riordino della rete ospedaliera; dalla D.G.R. 8.8.2002, n. 116 sull'articolazione della rete distrettuale). Sul distretto, sono riprese le indicazioni del d.lgs. 229/99; con forte riassetto sul territorio (si è passati da 70 a 48 distretti); con investimento per il potenziamento dei servizi e l'integrazione socio-sanitaria.</p>	<p>Non è previsto il Dipartimento delle cure primarie; l'investimento sulle cure primarie è molto forte, anche tramite l'estensione del budget di distretto, già sperimentato in un distretto per ogni ASL, a tutto il territorio regionale.</p>
Sicilia	<p>Il nuovo PSR 2000-02 e le linee guide del distretto del 2001 prevedono un forte investimento sul territorio e il ridimensionamento della rete ospedaliera con ampia autonomia aziendale negli interventi.</p>	<p>Si prevede la costituzione, nelle 3 aree metropolitane di Palermo, Messina e Catania, del "Dipartimento funzionale cure primarie", con competenze tecniche, di indirizzo, coordinamento e verifica della qualità delle prestazioni erogate in ambito distrettuale, sull'assistenza sanitaria di base, specialistica di II livello, assistenza agli anziani e ADI, medicina legale.</p>

1.3 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nei distretti sembra affermarsi l'orientamento di definire ambiti territoriali coincidenti con quelli dell'esercizio associato delle funzioni sociali, al fine di facilitare la programmazione concertata dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Non tutte le Regioni, tuttavia, hanno preso posizioni in proposito, essendo ancora impegnate nello stesso riassetto delle aziende sanitarie locali.

Inoltre, risulta comune l'esigenza di individuare specifici dispositivi operativi per rendere effettiva l'integrazione socio-sanitaria, sia valorizzando appieno gli strumenti indicati dalla legge 142 del 1990 sul-

l'ordinamento delle autonomie locali, che individua gli accordi di programma, i consorzi, le convenzioni, l'esercizio associato delle funzioni, sia tramite la sperimentazione di forme nuove, come le Società della salute della Regione Toscana.

Nello schema sotto riportato, si fornisce un quadro della normativa regionale attuativa della legge 328/2000, nella quale è sviluppato il tema della programmazione integrata, principalmente tramite il Piano di zona, indicando le Regioni che hanno fornito indicazioni sulla coincidenza degli ambiti territoriali sociali, o raggruppamenti degli stessi, con quelli dei distretti sanitari.

L'attuazione regionale della legge 328/2000

Regioni	Piani e Leggi regionali di recepimento della l. 328/2000; Linee guida per i Piani di zona	Coincidenza ambiti territoriali sociali e ambiti del distretto sanitario
Abruzzo	DGR 69-8/2002 "Piano sociale regionale 2002-2004"; DGR 804/2002 "Atto di indirizzo applicativo per approvazione schema dettagliato per la predisposizione dei piani di zona dei servizi sociali"	
Basilicata	DCR 1280/99 "Piano regionale socio-assistenziale 2000-2002"	È prevista la coincidenza degli ambiti territoriali con le rispettive Aziende Sanitarie di appartenenza. Nelle zone montane, l'ambito sociale può coincidere con una o più Comunità montane, tenuto conto della opportunità di assumere il Distretto Sanitario di Base quale riferimento territoriale per l'integrazione socio - sanitaria.
Bolzano		
Calabria	Disegno di legge "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"; approvato dalla Giunta con atto n. 212/00, ora all'esame del Consiglio regionale.	
Campania	DGR 1824/2001 - Determinazione degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. DGR 1826/2001 "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali".	Gli ambiti territoriali devono coincidere con i distretti sanitari - o loro multipli - purché rientranti nella stessa ASL (es. ambiti territoriali della città di Napoli sono 10 e corrispondono ai 10 Distretti socio sanitari dell'ASL NA1).

Regioni	Piani e Leggi regionali di recepimento della l. 328/2000; Linee guida per i Piani di zona	Coincidenza ambiti territoriali sociali e ambiti del distretto sanitario
Emilia R.	L.R. 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"; DGR 329/2002 "Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei piani sociali di zona 2002-2003; LR 3/99 - Riforma del sistema regionale e locale (art. 23 e 183)	A livello di pianificazione zonale si individua la "zona" di riferimento per la pianificazione dei servizi e degli interventi socio sanitari coincidente con il territorio del distretto sanitario.
Friuli V.G.	DGR 189/2002: "Programma per la prima attuazione della legge 328/00" DGR 2834/2002 "Relazione programmatica per il 2002 nel settore politiche sociali"; DGR 4502/2002 "Linee per la gestione del SSR nell'anno 2003".	È prevista la coincidenza degli ambiti territoriali delle aziende USL con i distretti.
Lazio	DCR 591/1999 "Piano socio-assistenziale 1999-2001" DGR 1408/2002 "Art. 48 L.R. 38/1996. Approvazione schema di piano socio-assistenziale 2002-2004"; DCR 860/2001 "Linee guida ai Comuni per l'esercizio delle funzioni sociali	Gli ambiti territoriali ottimali per la gestione dei servizi sociali di norma devono coincidere con i distretti sanitari.
Liguria	DCR 65/2001 "Piano triennale dei servizi sociali 2002-2004 e indirizzi ai Comuni per la redazione dei piani di zona"; DGR 448/2003 "Linee-guida ai Comuni per la gestione associata dei servizi sociali"; DGR 283/2002 "Indirizzi transitori ai Comuni per l'accreditamento di strutture sociali, pubbliche e private, ai sensi del "Piano Triennale dei Servizi Sociali 2002-2004".	Prevede l'individuazione già concertata tra Regione e Comuni, di ambiti territoriali per la programmazione e gestione dei servizi sociali (Zone e Distretti sociali), nonché la coincidenza della Zona sociale con il Distretto sanitario. Per la Regione Liguria, come precisato al capitolo 3 del Piano, l'ambito territoriale "ottimale" per la gestione dei servizi essenziali è il Distretto sociale e, per le attività complesse di carattere sovradistrettuale, la Zona che provvede per la sua coincidenza con l'ambito territoriale sanitario (distretto sanitario), alla programmazione della rete sociale e socio-san.
Lombardia	DGR VII/0462/2002 "PSSR 2002-2004"; DGR 7- 14049/2003 – "Linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale delle aziende sanitarie della regione Lombardia"; Circ. 7/2002 "Linee guida per la predisposizione e l'attuazione dei Piani di zona"	
Marche	L.R. 13/2003 - Riorganizzazione del SSSR (art. 13) D.G.R. 1968/2002 "Approvazione linee-guida per la predisposizione e l'approvazione dei piani di zona 2003"	I distretti sono articolazioni territoriali delle zone coincidenti con gli ambiti territoriali sociali e costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Dopo la L.R. 13/2003 i distretti sono diventati 24 in coincidenza con i 24 ambiti territoriali.
Molise	LR 1/ 2000 - Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza Bozza I Piano sociale	In termini di produttività, efficacia e funzionalità, l'ambito territoriale ottimale per effettuare l'integrazione socio-sanitaria è il "distretto". Quella i distretti sanitari individuati dal Piano sanitario siano territorialmente più estesi di quelli sociali, possono confluire nel Distretto socio-sanitario anche più unità distrettuali sociali

Regioni	Piani e Leggi regionali di recepimento della L. 328/2000; Linee guida per i Piani di zona	Coincidenza ambiti territoriali sociali e ambiti del distretto sanitario
Piemonte	DGR 41-5952/2002 - Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte. Ddl 407/2001 " Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali"; DGR 43-4413/2001 "Indirizzi operativi per l'applicazione del D.M. 21 maggio 2001, n. 308" attuativo della legge – Approvazione"	La Regione definisce gli ambiti territoriali ottimali per la gestione dei servizi sociali, determinati di concerto con gli Enti Locali e di norma coincidenti con il distretto sanitario.
Puglia	L.R. 17/2003 "Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia" LR 13/2002 "Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali" DGR 2087/2001 "PSR 2002-2004 e Piano regionale di Salute 2002-2007"	Gli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari corrispondono alle circoscrizioni territoriali dei distretti socio-sanitari
Sardegna	DCR 29/07/1998 "Piano socio-assistenziale 1999-2001", LR 7/2002 (Legge finanziaria): proroga del Piano al 31/12/2002 L.R. 5/1995– Norme di riforma del SSR	Gli ambiti territoriali adeguati alla realizzazione dei compiti ed attività socio – assistenziali coincidono con gli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali
Sicilia	Decreto Presidente Regione 4.11.2002 - Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana	Gli ambiti territoriali adeguati alla realizzazione dei compiti ed attività socio – assistenziali coincidono con gli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali
Toscana	DCR 118/2001 "Piano integrato sociale per il 2001. Agenda per l'approvazione dei piani di zona 2001" DCR 122/02 "Piano integrato sociale 2002-04" DCR 60/2002 "Linee guida per la formazione del piano integrato sociale regionale 2002-04"; L.R. 8-3-2000 n. 22 - Riordino delle norme per l'organizzazione del SSR DGR 664/2002 - Programma annuale 2002 per le attività di educazione e promozione della salute in attuazione del PSR 2002/2004	Progr. e gestione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nell'ambito territoriale della zona. Coincidenza zona - distretto
Trento		
Umbria	DCR 759/1999 "Piano soc. regionale 2000- 02" DCR 223/2002 "Modificazioni della Delib.C.R. 20 dicembre 1999, n. 759 - Piano sociale regionale 2000/2002"; DGR 649/2000 "Indicazioni per la definizione dei piani di zona"	Si prevede la coincidenza degli Ambiti Territoriali delle politiche sociali con i nuovi Distretti sanitari (o con loro multipli): la necessità di rafforzare gli elementi di integrazione tra "sociale" e "sanitario";
V.d'Aosta	LR 18/2001 "Piano sociosanitario regionale 2002-2004"	
Veneto	DGR 3242/2001 "Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale" in attuazione PSSR 1996-98".	

1.4 PREVISIONE DI LIVELLI DI GOVERNO SOVRADISTRETTUALE E IL COORDINAMENTO DEI DISTRETTI

La necessità di individuare un raccordo tra strutture diverse, ed in particolare tra i distretti e gli altri organismi interni ed esterni del territorio, come i dipartimenti di prevenzione ed altri dipartimenti strutturali, i presidi ospedalieri o le aziende ospedaliere, porta diverse Regioni ad individuare “aree vaste”, “quadranti” o “zone territoriali” come luogo di governo comune.

Anche il coordinamento dei direttori di distretto risponde all’esigenza di un luogo di confronto ed integrazione, di unitarietà di indirizzo e a volte anche di informazione, particolarmente sentita laddove il distretto diventa una realtà rilevante sia nelle dimensioni territoriali che nelle funzioni svolte.

Lo schema successivo evidenzia che 8 Regioni hanno identificato livelli programmatori sovraziendali.

Generalmente questa strategia viene seguita per valorizzare il coordinamento delle funzioni di particolare complessità in ambito ospedaliero o territoriale, e anche per centralizzare funzioni tecnico-amministrative, per una maggiore efficienza ed economie di scala.

Tuttavia, lo schema del panorama regionale non è esaustivo, sia perché altre Regioni stanno ipotizzando proprie iniziative, seppure ancora non formalizzate, sia perché si è scelto di non rappresentare i livelli sovraziendali di produzione dei servizi. Si pensi al modello “hub and spoke” delineato dalla Regione Emilia-Romagna all’interno del sistema dei servizi ospedalieri, che consiste nella concentrazione delle funzioni di maggiore complessità in alcuni centri di riferimento regionali (hub) con selezione e invio dei pazienti dai centri periferici (spoke). La Regione individua questa modalità come un livello di produzione di servizi di alta complessità, che ha alla sua base una pianificazione sovraziendale.

Livelli programmatori sovraziendali e livelli intermedi tra ASL e Distretto

Regioni	Le tipologie (Aree vaste e Zone) e i riferimenti	Compiti	Il Direttore e gli organismi
Valle d’Aosta	1 Area territoriale-distrettuale nell’unica ASL, che comprende tutti e 4 i distretti.	Organizza e programma l’assistenza sanitaria extraospedaliera. I compiti specifici sono definiti nei Piani attuativi locali. Per le attività, si avvale di un apposito Comitato, formato dai Direttori dei distretti	Il direttore dell’Area è un medico, nominato dal Direttore gen. Il direttore di distretto è nominato dal Direttore gen., sentito il Direttore dell’Area.
Toscana	34 zone-distretto; 3 Aree vaste di Centro-Nord; Costa; Centro-sud, a valenza interaziendale (ASL e AO).	Zona-distretto: Progr. e gestione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nell’ambito territoriale della zona. Area vasta: Programmazione concertata e coordinamento, tramite i Comitati di area vasta, di funzioni interaziendali di alta specialità e di elevata complessità organizzativa, e gestione dei servizi a rete, soprattutto per le funzioni ospedaliere. Centralizzazione di alcune funzioni di supporto tecnico-amministrative (acquisti; personale; contabilità), gestite da appositi Consorzi di area vasta (operativi dal gennaio 2003). La Regione ha previsto la costituzione	Il Responsabile della zona è incaricato dal Direttore gen., scelto tra: un dirigente dell’azienda da almeno 3 anni ovvero un laureato con almeno 5 anni di esperienza dirigenziale apicale in enti pubblici o privati

Regioni	Le tipologie (Aree vaste e Zone) e i riferimenti	Compiti	Il Direttore e gli organismi
Marche	13 Zone territoriali nell'unica USL, denominata ASUR; distretti come articolazioni delle zone.	di un'unica azienda USL, articolata in 13 Zone territoriali, coincidenti con le 13 ex ASL, con compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari nei rispettivi ambiti territoriali, al fine di assicurare i LEA e l'equo accesso ai servizi. Definiscono, pertanto, obiettivi di salute; integrano i servizi ospedalieri e territoriali, sanitari e sociali; svolgono valutazioni dei consumi; approvano accordi zonali con le org. Sindacali, etc. Sono dotate di autonomia gestionale ed operativa.	Il Direttore di zona è nominato dalla Giunta regionale. Il Direttore di distretto e il Direttore di presidio osp. Sono nominati dal Direttore di zona. Vi sono diversi organismi: Collegio di direzione di zona; Conferenza dei sindaci di zona. Lo strumento pianificatorio è il Piano annuale di attività zonale.
Umbria	Sperimentazione di "livelli istituzionali ulteriori" nella zona-distretto.	Integrare sul territorio le politiche comunali ed i programmi aziendali su promozione della salute, prevenzione, integrazione socio-sanitaria – L'indicazione è nel PSR 2003/05; la concreta disciplina sarà oggetto di apposita legge regionale "dopo approfondito dibattito e confronto istituzionale e con le organizzazioni sindacali".	Gli organismi costitutivi dei livelli programmatori sovrazionali non sono ancora stati individuati. Verranno definiti con atto regionale successivo.
Veneto	Nello schema di PSR 2003-05 si prevede la costituzione di "aree vaste".	Programmazione e gestione di servizi in rete, che interessino più ambiti aziendali, anche interprovinciali per una maggiore efficienza ed economia di scala (è ancora un'ipotesi, perché il Piano è in fase di approvazione).	Conferenza permanente dei Direttori generali delle ULSS e ospedaliere di Area vasta.
Piemonte	Il territorio è delimitato in 4 quadranti sanitari, che comprendono le aziende USL e AO che vi operano; il quadrante I della Provincia di Torino, comprende 3 sub-aree omogenee.	I quadranti sanitari, previsti dal PSR 1997-99, sono sedi di programmazione operativa a livello sovrazionale, dove i Direttori generali delle aziende che vi afferiscono, definiscono linee strategiche condivise e coordinate sull'assistenza territoriale ed ospedaliera, ad es. decisioni sulle specialità ospedaliere da attivare; sulla tipologia e sui volumi di attività da produrre da parte di erogatori pubblici e privati accreditati, evitando duplicazioni e diseconomie. È previsto un budget di quadrante.	Riunioni di quadrante tra Direttori generali delle aziende.
Friuli V. Giulia	Il territorio è delimitato in 3 aree vaste (Giuliano-Isontina; Udinese; Pordenonese).	Le linee di gestione del SSR del 2001, (DGR n.3479 del 2000) prevedono le 3 aree vaste come sedi di concertazione tra le aziende USL e AO sui meccanismi di acquisto delle prestazioni sanitarie, inizialmente con un incontro annuale; in seguito le aree vaste sono diventate sedi di programmazione di altri attività, ad es. c'è un servizio trasfusionale in ogni area vasta; la nuova Giunta sta ipotizzando un utilizzo più ampio, anche come gestione di servizi di supporto tecnico-amministrativo.	Conferenze di Area Vasta.

Regioni	Le tipologie (Aree vaste e Zone) e i riferimenti	Compiti	Il Direttore e gli organismi
Emilia-R.	L.R. 33/1995 sull'area metropolitana di Bologna.	La Regione prevede una programmazione interaziendale nell'area metropolitana di Bologna (che potrebbe divenire un'azienda unica, secondo un disegno di legge all'esame del Consiglio reg.).	Conferenza territoriale sociale e sanitaria dell'Azienda Unità sanitaria locale di Bologna.
	Progetto di area vasta della sanità per la Romagna.	È attualmente in fase di sviluppo tra le ASL di Rimini, Cesena, Ravenna e Forlì, come forma di collaborazione tra aziende sanitarie vicine, su progetti specifici di gestione, unioni d'acquisto e integrazioni di uffici, per maggiore efficienza ed economie di scala.	Conferenza sanitaria territoriale.

1.5 SVILUPPO DELLA RETE DEI SERVIZI

È comunemente avvertita la necessità di interventi volti a potenziare il sistema delle cure domiciliari, ed in particolare dell'Assistenza Domiciliare Integrata; a ricercare modalità di riequilibrio tra l'ospedale e territorio sia in ordine alle risorse finanziarie, sia alle attività; a diversificare i servizi rispetto al bisogno; a creare un sistema a rete superando l'antica frammentazione dei servizi sul territorio.

Va rilevato che la tipologia dei servizi non è "codificata"; pertanto risulta di difficile rilevazione e confronto (sono eterogenei già i requisiti per l'accesso alle Residenze Sanitarie Assistenziali nelle diverse località).

Una recente tendenza, tuttavia, è l'individuazione di nuovi strumenti che integrino quelli che il Servizio sanitario offre, nella consapevolezza dei limiti delle possibilità di intervento del settore pubblico e l'urgenza di definire una vera e propria strategia generale di "long-term care", con l'individuazione di risorse specifiche per sostenere gli interventi.

Diverse Regioni hanno introdotto, per la tutela dei disabili e le persone anziane, contributi economici alle famiglie che gestiscono anziani non autosufficienti (nella forma di assegno di cura, o di sollievo, o di assistenza, o buono sociale). La Regione Lombardia ha previsto anche Voucher socio-sanitari (che

consistono in "titoli" per l'acquisto, presso strutture pubbliche o private accreditate, di determinati servizi socio-sanitari). Le Province autonome di Trento e di Bolzano, anticipando i disegni di legge nazionali in Parlamento, hanno previsto la costituzione di "fondi" per la non autosufficienza con progetti di legge all'esame dei rispettivi organi consiliari.

1.6 I DISTRETTI ATTIVATI NELLE REGIONI E GLI AMBITI TERRITORIALI

Secondo i dati di una nota rilevazione condotta dal nucleo SAR del Ministero della Salute, a fine 1999 risultavano istituiti 945 distretti, dei quali circa la metà con un ambito territoriale inferiore a 60.000 abitanti.

Nell'anno in corso il numero dei distretti è sceso a 862, secondo quanto emerge da una ricognizione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali effettuata nel settembre 2003. Le diminuzioni sono avvenute soprattutto nelle Regioni del Centro-Nord (Valle d'Aosta, Veneto, Liguria, Emilia, Toscana); ma significativi cambiamenti vi sono stati in Puglia (da 70 a 48 distretti) e in Calabria. Ulteriori cambiamenti, nel senso dell'ampliamento degli ambiti dei distretti, sono previsti in altre Regioni (ad esempio l'Abruzzo, pur conservando i 73 distretti attuali, sta ipotizzando la creazione di "macro aree", nello schema di PSR

2003-05; la P.A. di Trento non modifica la previsione di 13 distretti, ma individua solo 5 Direttori di distretto, assegnando ad alcuni la direzione contemporanea di più distretti).

La considerazione che sottende molti di questi cambiamenti è la necessità che i distretti rappresentino compiutamente una comunità locale, una aggregazione di comuni che operano già in forma integrata per gli aspetti sociali e non semplicemente un "territorio". L'ambito di un distretto deve essere abbastanza ampio da poter realmente svolgere una funzione di governo, di valutazione dei percorsi, di programmazione integrata delle attività sanitarie e socio-sanitarie in quell'ambito. Al distretto spetta, come luogo di governo e non solo di erogazione di servizi, valutare le modalità di distribuzione delle risorse (in termini di presidi, servizi, dotazioni, accessi); individuare i bisogni locali e definire le risposte. Questi compiti richiedono un forte legame con la dimensione della comunità, con le sue vocazioni, gli orientamenti e le attese.

Definire gli ambiti, pertanto, risulta un'operazione importante, che condiziona la capacità del distretto di garantire l'integrazione dei servizi territoriali, il raccordo con gli ospedali, l'integrazione con il sistema sociale. Un distretto troppo piccolo difficilmente riuscirebbe ad assumere funzioni che vadano oltre la mera erogazione di servizi; è con questa consapevolezza che diverse Regioni hanno indicato un bacino di utenza di 60.000 abitanti o anche oltre, come criterio generale per delimitare i distretti, lasciando tuttavia la possibilità di derogare a questi limiti alle azien-

de sanitarie, in genere sentendo la Conferenza dei sindaci, in ragione delle specificità demografiche o territoriali.

La scelta prevalente, tuttavia, sembra essere quella di accogliere o per lo meno confrontarsi con le due indicazioni normative in materia:

- il criterio di 60.000 abitanti previsto dal d.lgs. 229/99;
- il criterio della coincidenza con gli ambiti territoriali dei servizi sociali e sanitari, previsto dalla legge n. 328/2000.

La popolazione media nei distretti delle Regioni presenta, comunque, una variabilità considerevole. I valori estremi sono rappresentati rispettivamente dalla Regione Valle d'Aosta (meno di 2.000 abitanti) e Lombardia (circa 279.000 abitanti). Questi dati possono risultare utili in considerazione del dibattito in corso nelle Regioni e nelle ASL sugli aspetti (popolazione, superficie, numero di Comuni e situazioni geografiche) che dovrebbero caratterizzare un distretto "ottimale".

È interessante rilevare che in diverse Regioni il numero dei distretti coincide ancora, pienamente o con poche modifiche, con quello delle unità sanitarie locali del periodo precedente alla riforma del 1992-93 (Piemonte, Trento, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lazio, Calabria, Sicilia, Sardegna).

Si elencano, di seguito, i distretti individuati dalle Regioni negli anni 1999 e 2003, riportando anche i dati delle unità sanitarie locali preesistenti alla riforma degli anni 1992-1993 e delle aziende sanitarie ora presenti.

Distretti istituiti nelle Regioni

Regione	Numero USL (1992)	Numero ASL (2003)	Numero distretti (1999)	Popolazione/distretti Range di riferimento (1999)	Numero distretti con meno di 60.000 ab. (1999)	Numero distretti 2003
Piemonte	63	22	66	20.172 - 129.083	2	66
Valle D'Aosta	1	1	14	1.954 - 48.610	14	4
Lombardia	84	15	104+1*	2274 - 279.188	43	103+1*
P.A. di Bolzano	4	4	20	8.400 - 98.000	19	20
P.A. di Trento	11	1	13	8961 - 125.623	11	13
Veneto	36	21	85	11.897 - 105.147	52	60
Friuli	12	6	20	35.817 - 147.277	12	20
Liguria	20	5	26	3.651 - 161.000	19	20
Emilia Romagna	41	13	46	21.195 - 190.000	11****	40
Toscana	40	12	80	4.448 - 121.336	69	34**
Umbria	12	4	11	12.000 - 181.664	7	12
Marche	24	1***	36	12.400 - 120.000	28	24
Lazio	51	12	23	11.000 - 292.000	13	51
Abruzzo	15	6	73	3076 - 75.935	71	42
Molise	7	4	13	8.926 - 49.722	13	13
Campania	61	13	113	10.792 - 170.764	78	113
Puglia	55	12	70	19.000 - 114.802	40	48
Basilicata	7	5	10	27.000 - 166.856	9	10
Calabria	31	11	34	23.888 - 193.370	22	33
Sicilia	62	9	62	7.481 - 184.768	18	62
Sardegna	22	8	23	20.300 - 264.400	12	25
Totale	659	185	942+1		565	811+1

* La Asl di Como ha istituito un distretto speciale per la città di Campione d'Italia.

** La Regione Toscana prevede l'accorpamento dei precedenti 52 distretti con le zone; le zone-distretto diverranno 34, articolate, a loro volta, per lo meno nella fase iniziale, in sub-distretti.

*** La Regione Marche ha costituito un'unica azienda Usl (Asur) con la LR 2016/2003 n.1, che nasce dalla fusione delle precedenti 13 aziende Usl.

**** La Regione Emilia Romagna ha istituito con la LR 20110/2003 n.21 l'azienda Usl di Bologna che accorpa le tre precedenti aziende Usl, Bologna-Nord, Bologna-Sud, Bologna-Città

1.7 I CRITERI REGIONALI SUGLI AMBITI TERRITORIALI DEI DISTRETTI

Sugli ambiti territoriali si è tentato, con la tabella seguente, di raggruppare le Regioni secondo le indicazioni formulate, anche se va tenuto presente che tutte le Regioni prevedono la possibilità di deroga al criterio generale in relazione alle caratteristiche demografiche e territoriali, specie nelle zone montane o insulari, o in zone con grande dispersione della popolazione.

In alcuni casi, inoltre, le indicazioni normative di ridimensionamento non corrispondono a variazioni nel numero dei distretti (ad esempio la Regione Sicilia indica un bacino di riferimento di 60.000 abitanti, ma i distretti risultano invariati e coincidenti con le unità sanitarie locali preesistenti all'aziendalizzazione). Va, infine, considerato che le indicazioni regionali non si riferiscono tutte al periodo successivo al d.lgs. 229/99; pertanto non si confrontano con l'indicazione nazionale.

Criteri ambiti territoriali	Regioni e anno di definizione del criterio
60.000 – 100.000 ab.	Lombardia (1997), Emilia-Romagna (2000), Puglia (2002)
60.000 ab.	Piemonte (2000), Veneto (2001), Liguria (2001), Toscana (2000), Campania (2001), Sicilia (2000), Sardegna (1998)
50.000 – 200.000 ab.	Calabria (1995)
40.000-70.000 ab. – distretti II livello almeno 15.000 ab. – distretti I livello (subdistretti)	Basilicata (2001) - il distretto diviene struttura complessa quando ha più di 60.000 ab.
30.000 – 60.000 ab.	Umbria (1999); Friuli V. Giulia (1994 - 40.000 ab.)
15.000 – 30.000 ab.	Molise (1996) la normativa è in fase di revisione.
60.000-100.000 ab. - distretto urbano 60.000 ab. - distretto extraurbano meno di 60.000 ab. - distretto montano	Lazio (2001)
Numero e ambito dei distretti definiti direttamente dalle Regioni/Province A.	Bolzano (2001), Trento (1993), Valle d'Aosta (2000), Abruzzo (1999).
Non definito	Marche

1.8 IL DIRETTORE DI DISTRETTO

È sembrato utile rilevare se le Regioni hanno disciplinato le modalità di nomina dei Direttori di distretto, a seguito delle indicazioni del d.lgs. 229/99, ovvero se ancora rimangono in vigore le regole precedenti.

Quanto alla qualifica professionale richiesta ai Direttori di distretto, emerge un quadro di notevole disomogeneità, con prevalenza delle figure di dirigente sa-

nitario, preferibilmente medico e con formazione igienistica o epidemiologica, ma anche con presenza di psicologi, veterinari, amministrativi, farmacisti, mentre risultano complessivamente poche le nomine di medici di medicina generale.

Nella tabella allegata, si riportano i dati che emergono dalle normative regionali, precisando se sono precedenti o successive al d.lgs. 229/99.

Qualifica del Direttore di distretto	Regioni	Normative
Dirigente di azienda o medico di medicina generale	Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Liguria, Toscana, Lazio; Basilicata, Calabria, Sicilia	Ridefinita dopo il 1999 o rinvio alla norma nazionale
Dirigente medico di azienda o medico di medicina generale	P.A. di Bolzano	Ridefinita dopo il 1999
Dirigente laureato	Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Molise	Precedente al 1999
Dirigente sanitario	Puglia, Marche (preferibilmente medico), Umbria (preferibilmente medico con formazione igienistica o epidemiologica)	Precedente al 1999
Medico	Abruzzo	Precedente al 1999
Responsabile sanitario affiancato un responsabile amministrativo	Sardegna, Campania	Precedente al 1999
Dirigente	P.A. di Trento	Precedente al 1999

1.9 LA NORMATIVA RECENTE: L'ATTUAZIONE DEL D.LGS. 229/99

La fase di grandi cambiamenti in atto, rende l'assetto dei distretti ancora non completamente definito in ogni Regione.

Le indicazioni regionali risultano presenti in atti diversi: nella normativa di attuazione del d.lgs. 229/99 (a volte complessiva, più spesso limitata alla istituzione de-

gli organismi di rappresentanza degli enti locali e all'integrazione socio-sanitaria); in Piani sanitari; nelle Linee guida sugli atti aziendali; in linee guida specifiche sullo sviluppo della rete dei servizi territoriali.

Nelle tabelle che seguono sono riportate le Regioni che hanno una disciplina complessiva sul distretto, riprendendo i diversi aspetti regolamentati dal d.lgs. 229/99.

Disciplina regionale in attuazione del d.lgs. 229/99

Regioni	Norme
Valle d'Aosta	L.R. 25.1.2000, n. 5 – Riordino SSR
Piemonte	DGR 11.12.2000, n. 80-1700 linee guida atto aziendale
Bolzano	L.P. 5.3.2001, n. 7 – Riordino SSP
Veneto	DGR 30.11.2001, n. 3241 - programma settoriale sulla assistenza territoriale
Liguria	L.R. 24.3.2000, n. 25 – Riordino SSR
Emilia-R.	L.R. 25.2.2000, n. 11 – Riordino SSR; DGR 1.3.2000, n. 309 – linee guida attuative PSR 99-01 sull'assistenza distrettuale
Toscana	L.R. 8.3.2000, n. 22 – Riordino SSR; PSR 2002-04
Marche	L.R. 20.6.2003, n. 13 – Riordino SSR
Umbria	PSR 2003 - 05
Campania	DGR 30.3.2001, n. 1364 – linee guida atto aziendale (all'interno vi sono linee di indirizzo per l'org. e il funzionamento del distretto)
Puglia	D.G.R. 8.8.2002, n. 1161 "Piano sanitario regionale 2002-2004. Articolazione rete distrettuale delle aziende unità sanitarie locali"
Basilicata	L.R. 31.10.2001, n. 39 – Riordino SSR
Sicilia	Circolare Assessorile 22.6.2001, n. 1049 - Linee guida organizzative del distretto sanitario

Altre Regioni hanno dato attuazione ad alcune indicazioni del d.lgs. 229/99 nei Piani sanitari regionali

e nelle linee guida sull'atto aziendale previsto dall'art. 3 del d. lgs. 229/99:

Differenze ma anche strategie comuni nelle normative regionali

Regioni	Norme	Attuazione a...
Lombardia	PSR 2002 – 04 DGR 8.8.2003, n.7/14049 - linee guida sull'org. Az. San.	Ambiti, funzioni e ruolo del distretto
Friuli V. Giulia	PSR 2002-02 Linee di gestione del SSR- anni 2001, 2002, 2003	Norme sulla funzione del distretto
Trento	Delibere annuali sugli obiettivi del direttore generale dell'unica azienda sanitaria; regolamento aziendale	La normativa generale risale alla L.P. 10/93; altre indicazioni sono fissate con le DGP sugli obiettivi annuali, e anche dalla stessa Unica Azienda sanitaria provinciale, che disciplina il distretto nel regolamento aziendale
Lazio	PSR 2002-04 e DGR 21.12.2001, n. 2034 – linee guida atto aziendale	Competenze del Direttore di distretto; Norme sul PAT, Funzioni del distretto
Calabria	DGR 20.2.2001, n. 1422 – linee guida atto aziendale	Funzioni del distretto e del direttore del distretto

Infine, alcune Regioni (Molise, Abruzzo, Sardegna) hanno una normativa precedente, o una limitata normativa negli anni 2001-2003, con qual-

che indicazione nelle linee guida sull'atto aziendale e tutte hanno in corso di definizione atti programmatori.

L'assistenza domiciliare è la nuova frontiera

L'organizzazione di servizi di cura domiciliare rappresenta da lungo tempo un obiettivo prioritario al fine di fornire ai cittadini un sistema di protezione sociale ai bisogni più complessi, che richiedano al contempo interventi sanitari e socio-assistenziali.

Le normative regionali negli ultimi dieci anni hanno dato forte impulso alle cure a domicilio e, in particolare, all'assistenza domiciliare integrata (ADI).

L'ADI nasce come un modello assistenziale volto ad assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate. È deputata, pertanto, a soddisfare esigenze complesse, di persone che richiedono una assistenza continuativa di tipo sociosanitario. La responsabilità assistenziale è attribuita al medico di medicina generale, la sede organizzativa è nel distretto, la sua realizzazione richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza in relazione ai bisogni della persona.

Inizialmente, tale forma di assistenza ha riguardato essenzialmente la popolazione anziana e i disabili; successivamente si è estesa alla cura di altre tipologie di persone malate, ad esempio quelle affette da AIDS, Alzheimer, pazienti allo stato terminale ed altre, nell'ottica di orientare sempre più gli interventi verso forme di assistenza non caratterizzate dalla istituzionalizzazione ospedaliera e rivolte a garantire le esigenze di umanizzazione e di rispetto della qualità della vita.

La più recente evoluzione programmatica nel settore è volta a creare una rete integrata dei diversi servizi domiciliari, da quelli più semplici a quelli più complessi (dall'accesso estemporaneo domiciliare di operatori sanitari, socio-sanitari, all'intervento infermieristico programmato e continuativo, associato o meno a quello del medico di medicina generale, all'assistenza sanitaria specialistica in équipe a domicilio, con utilizzo o meno di tecnologie complesse diagnostico-terapeutiche e di telematica (ad es. telemedicina).

I RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

Nella pianificazione nazionale, l'assistenza domiciliare integrata è stata introdotta dal Progetto obiettivo nazionale sulla "tutela della salute degli anziani" degli anni 1991-95, che attribuiva alle Regioni appositi stanziamenti al fine di sviluppare questa forma di assistenza, attivando in questo modo una serie di iniziative nelle varie parti del Paese, anche se con modalità organizzative e risorse differenziate. Il progetto anziani è stato ripreso, nei suoi contenuti fondamentali, dal Piano sanitario nazionale 1994-96, che ha posto l'obiettivo di assicurare l'assistenza domiciliare integrata, entro l'anno 1996, ad almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA, che fossero non autosufficienti,

parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità. Il Piano prevedeva anche la sperimentazione di forme di ospedalizzazione domiciliare, al fine di approdare a modelli organizzativi validati e consentire, in linea tendenziale, il trasferimento alla stessa di una quota di ricoveri ospedalieri approssimata al 3%.

Nell'ambito delle misure di razionalizzazione della spesa sanitaria, la legge finanziaria del 1996 (L. 662/96) inserisce tra gli obiettivi strategici la riduzione dei posti letto ospedalieri; la riconduzione del tasso di ospedalizzazione al 160 per mille e la riduzione delle istituzionalizzazioni improprie o precoci per gli anziani e persone non autosufficienti, anche in regime di lungodegenza ospedaliera.

A tal fine le Regioni devono ampliare il ricorso alla prevenzione e all'assistenza domiciliare medicamente assistita, e possono fissare un tasso di occupazione dei posti letto superiore al 75%, destinando una quota parte dei risparmi derivanti dalla conseguente riduzione di posti letto, alla assistenza domiciliare a favore dei portatori di handicap gravi, di gravi patologie cronico degenerative in stato avanzato o terminale nonché degli anziani non autosufficienti.

Indicazioni di particolare rilievo sono contenute nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, fortemente improntato alla prevenzione, alla promozione dello stato di salute dei cittadini e ad un'assistenza sanitaria il più possibile vicina alle esigenze del cittadino.

A tal fine una specifica attenzione viene dedicata all'assistenza domiciliare integrata, mettendo in rilievo che curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare "dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici" alle "strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni".

Tra gli obiettivi prioritari è previsto "lo sviluppo delle forme alternative di ricovero, mediante l'assistenza domiciliare integrata, quella semiresidenziale e l'ospedalizzazione a domicilio, favorendo l'integrazione fra

le diverse forme di intervento". Il Piano, pertanto, imposta il programma di azione sui seguenti principi:

- spostare l'attenzione dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale, con un'organizzazione specifica incentrata sul distretto;
- sviluppare forme alternative al ricovero quali: l'ADI, l'assistenza semiresidenziale e l'ospedalizzazione a domicilio, favorendo l'integrazione fra le diverse forme di intervento e la realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) previste nella legge finanziaria n. 67/1988;
- realizzare l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e tra l'assistenza sanitaria e quella socio-assistenziale (integrazione istituzionale, gestionale, professionale);
- rafforzare la tutela dei soggetti deboli, creando uno specifico programma per le diverse fasi della vita: procreazione, infanzia ed adolescenza, anziani; fase terminale della vita;
- realizzare specifiche azioni per i malati terminali (tra cui la realizzazione di strutture residenziali e diurne - hospice - autorizzate ed accreditate).

È poi importante tenere presente che il PSN 1998-2000 ha dato un rilievo specifico al distretto e ha raggruppato in un unico livello di "assistenza distrettuale" i tre livelli relativi all'assistenza territoriale che il precedente PSN 1994-96 teneva distinti, sia fornendo precise indicazioni sulla connotazione del distretto quale "centro di servizi e prestazioni dove la domanda è affrontata in modo unitario e globale" sia precisando la centralità del medico di medicina generale nel distretto. È evidente che il distretto diviene la sede naturale di organizzazione dell'ADI.

In attuazione di queste priorità, il Ministero della sanità ha inserito "lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata" tra gli obiettivi prioritari del Piano, finanziati con quote vincolate del Fondo sanitario nazionale, pari al 3% nel triennio 1998-2000. Ben 17

Regioni hanno presentato progetti e ricevuto stanziamenti per l'attivazione o il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata sul territorio (Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna).

Ulteriori forme di incentivazione sono state inserite con la legge 26 febbraio 1999, n. 39 (di conversione del decreto legge n. 450 del 1998), recante: "Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000", che stabilisce due interventi di particolare rilevanza:

- destina un finanziamento alle Regioni per l'assistenza domiciliare, con particolare riferimento ai pazienti in fase critica, pari a 150 miliardi di lire complessive, da attribuire in ragione della quota capitaria prevista dal Piano sanitario nazionale;
- prevede un programma su base nazionale, con finanziamenti specifici a carico del bilancio dello Stato, per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, di una o più strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente dei pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari.

La definizione del "programma nazionale per la realizzazione delle strutture per le cure palliative", è avvenuta con D.M. 28 settembre 1999; mentre il DPCM 20 gennaio 2000 ha definito i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative e le modalità per la verifica dei risultati. Il contributo finanziario a carico del bilancio dello Stato per realizzare le strutture è stato stabilito in: £ 155.895 milioni per l'anno 1998; £ 100.616 milioni per l'anno 1999; £ 53.532 milioni per l'anno 2000.

In attuazione di queste indicazioni, tutte le Regioni e le Province autonome hanno adottato un proprio programma, applicativo del programma nazio-

nale sulle cure palliative. I programmi regionali comprendono anche i piani per l'integrazione delle strutture residenziali per le cure palliative – hospice con le altre attività di assistenza ai pazienti terminali, nonché i programmi di comunicazione ai propri cittadini sulla rete integrata dei relativi servizi.

Per il potenziamento delle cure palliative e la loro collocazione in una più ampia rete di servizi, il 19 aprile 2001 è stato siglato un apposito Accordo tra Stato e Regioni sulle "iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative".

Oltre che in queste normative, l'ADI ha trovato ampio spazio negli Accordi collettivi nazionali con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta, nonché con i medici specialisti ambulatoriali, rispettivamente approvati con il DPR 28 luglio 2000, n. 270, con il DPR 28 luglio 2000, n. 272 e con il DPR 28 luglio 2000, n. 271.

L'ADI, infatti, per essere realizzata, richiede una forte integrazione del medico di medicina generale nell'ambito del distretto, che viene incentivato a parteciparvi anche tramite l'erogazione di quote variabili del compenso. Gli accordi disciplinano l'assistenza programmata domiciliare nei confronti dei soggetti non ambulabili" (allegato G) nonché i diversi aspetti dell'assistenza domiciliare integrata" (allegato H):

- le prestazioni da assicurare in ADI (di medicina generale, specialistica, infermieristiche domiciliare e di riabilitazione, di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende, che devono essere caratterizzate dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero);
- i destinatari dell'ADI (con riferimento alle diverse patologie, e salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico di medicina generale: malati terminali, malattie pro-

gressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi; incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani; forme psicotiche acute gravi; riabilitazione di vasculopatici; riabilitazione in neurolesi; malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano, ad es. forme respiratorie; dimissioni protette da strutture ospedaliere);

- le procedure per l'attivazione (il servizio viene iniziato, col consenso del medico di medicina generale scelto dal paziente, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di distretto nel quale ha la residenza l'interessato, da parte del medico di medicina generale, oppure responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni, oppure dai servizi sociali, o ancora dai familiari del paziente).

Se queste sono le indicazioni generali, la disciplina dell'ADI trova spazio anche in altri contesti, che affrontano alcune problematiche o specifiche patologie, ad esempio nelle linee guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia (le prime elaborate nel 1996; le ultime l'8.3.2001) che definiscono anche linee guida per le cure domiciliari nel paziente oncologico. Così il Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale", approvato con DPR 10.11.1999, descrive diffusamente le prestazioni ambulatoriali e domiciliari per l'assistenza delle persone con problemi psichiatrici e delle famiglie. In materia di AIDS l'attivazione dell'assistenza sanitaria domiciliare, prevista dalla legge n. 135 del 1990, è stata poi disciplinata nel Progetto-obiettivo dell'8.3.2001. Per i disabili fisici, psichici e sensoriali, ed anche per le dipendenze, alcune indicazioni sono contenute nelle "Linee guida per le attività di riabilitazione", approvate con Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 7.5.1998.

Con il DPCM 14.2.2001, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", sono stabilite le modalità per il difficile riparto delle competenze e dei relativi oneri, tra il Servizio sanitario

nazionale e gli Enti locali in ordine alle prestazioni socio-sanitarie. L'assistenza domiciliare integrata è a carico del SSN al 100% quando si tratti di prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione. L'assistenza tutelare è invece, al 50% a carico del SSN e 50% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale. È totalmente a carico dei Comuni l'aiuto domestico e familiare. Altre forme di assistenza domiciliare e territoriale sono chiaramente poste a carico del SSN per le sole prestazioni sanitarie (assistenza ai disabili; tutela delle persone dipendenti da alcol e da droga; interventi di sostegno per situazioni di disagio o di devianza; interventi a tutela dei minori in difficoltà), creando non poche difficoltà nei rapporti con gli enti locali, per la limitatezza delle risorse a disposizione a fronte di una crescente dimensione sociale dei problemi.

Le indicazioni sull'integrazione socio-sanitaria sono poi riprese dal DPCM 29 novembre 2001 sulla definizione dei livelli di assistenza sanitaria (LEA). L'allegato 1, che individua le prestazioni comprese nei LEA, elabora una articolazione abbastanza dettagliata del livello di assistenza distrettuale, che comprende anche il sottolivello "assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale". L'allegato 1 C definisce le attività comprese nei LEA relative all'area socio-sanitaria, con alcuni approfondimenti rispetto alle indicazioni dell'atto di indirizzo del 14.2.2001.

È da ricordare che la legge 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" prevede la creazione di una rete di servizi alla persona e alle famiglie che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Tra gli altri servizi è prevista "l'assistenza domiciliare per anziani e disabili", che deve associarsi ad altre forme di intervento a favore delle famiglie che si prendono cura di persone disabili o anziane, come le prestazioni

di aiuto e sostegno domiciliare, anche con misure di carattere economico, servizi di “sollevio”, nonché agevolazioni fiscali e tariffarie per le spese di cura.

Le indicazioni più recenti sono contenute nel PSN 2003-05, che prevede in più punti la necessità di promuovere le cure domiciliari ed in particolare:

- L'obiettivo 2.2., sulla “Promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili”, indica la necessità di potenziare e garantire il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, Centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo; nonché di ridurre in parallelo il numero dei ricoveri impropri negli Ospedali per acuti e la durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete efficace ed efficiente.
- L'obiettivo 3, sulla promozione della salute, rileva che l'incremento del numero delle persone anziane pone la necessità di promuovere la loro partecipazione alla vita sociale, contrastando l'emarginazione e rafforzando l'integrazione fra politiche sociali e sanitarie al fine di assicurare l'assistenza domiciliare per evitare ogni volta che sia possibile l'istituzionalizzazione.
- L'obiettivo 3.2.3., sulle cure palliative, rappresenta che gli interventi di cure palliative vanno inserite all'interno del più vasto programma di percorso assistenziale della persona, che comprende anche la riorganizzazione della rete di interventi domiciliari sanitari, socio-sanitari ed assistenziali (rete per la cura ed assistenza domiciliare).

L'ASSENZA DI UNA STRATEGIA COMPLESSIVA DI “LONG TERM CARE”

Sulla base di questi riferimenti normativi, negli ultimi anni si sono concretamente sperimentati modelli

assistenziali diversi, che vanno dalla semplice assistenza infermieristica a domicilio, all'ADI (assistenza domiciliare integrata), fino ad esperienze di vera ospedalizzazione domiciliare, inserendo tali tipologie erogative in un contesto di rete caratterizzato da importanti innovazioni strutturali e funzionali rappresentate ad es. dalle strutture di degenza per pazienti terminali (hospice), dall'ospedale di comunità (country hospital), dai letti di sollievo (inserimento temporaneo presso strutture residenziali).

In questi anni si è registrato, nel complesso, un progressivo incremento dell'utilizzo di servizi domiciliari. Nell'anno 2000 risultano oltre 10 milioni e 370 mila gli anziani in Italia, di cui circa 5.800.000 in età compresa tra i 65 e i 74 anni e 4.500.000 con età maggiore di 74 anni (dati ISTAT, 2000). Nello stesso anno l'attività domiciliare integrata per gli anziani ha interessato oltre 191.000 persone, pari all'1,9 degli ultrasessantacinquenni su un totale di circa 240.000 assistiti in ADI (Fonte: dati SIS 2000 e 2001, Ministero della Salute). Nell'anno 2001 l'ADI si è estesa a oltre 214.000 anziani, su un totale di circa 270.000 assistiti. I dati evidenziano, pur costituendo “grandi aggregazioni” che non consentono di valutare specificamente i casi trattati, che l'ADI è prevalentemente rivolta agli anziani, rappresentando il 79,8% nel 2000 e il 79,2% nel 2001.

Per quanto concerne le attività di degenza, nel corso degli ultimi anni, in assenza di una precisa strategia di sviluppo del long-term care, si sono affermati in Italia diversi modelli assistenziali realizzati in parte in sede ospedaliera ed in parte in strutture residenziali.

Per quanto concerne le strutture residenziali extra-ospedaliere, in una situazione in cui l'Italia si presenta ancora come uno dei paesi europei con maggior carenza di servizi per l'assistenza continuativa, la tipologia organizzativa delle RSA appare tuttora abbastanza “incerta”, con forti differenze regionali.

LA TENDENZA A DEFINIRE UN “MODELLO UNITARIO DI CURE DOMICILIARI”

Nella pianificazione regionale, l'obiettivo di potenziare l'assistenza domiciliare integrata è sempre presente, seppure con diverso approfondimento ed inserita in diversi atti (Piani sanitari, linee guida, all'interno dei singoli progetti-obiettivo anziani, AIDS, accordi decentrati per la medicina generale e la pediatria di libera scelta).

La scelta di potenziare le cure domiciliari è, infatti, rilevata come essenziale nei sistemi sanitari regionali, sia come strumento di cambiamento culturale e strategico, in quanto curare a casa risponde ad una esigenza di umanizzazione e riscontra una maggiore soddisfazione della persona; sia come a scelta obbligata per la rapida e continua crescita delle persone con patologie croniche, disabilità, non autosufficienza. Non ultima, c'è l'esigenza di contenere i costi a fronte di una domanda sociale che sta diventando sempre più difficilmente sostenibile e che rende necessario un nuovo raccordo tra i diversi nodi del sistema dell'offerta.

L'orientamento più recente, riscontrabile soprattutto nelle Regioni più ampie e con rilevante presenza di persone anziane, è quella di unificare le differenti modalità di erogazione delle cure domiciliari, per realizzare un sistema unico di cure domiciliari, flessibile nelle modalità operative, e che veda al centro la persona e la sua famiglia. Queste indicazioni sono previste nelle Regioni:

- Piemonte (DGR 7 maggio 2002 n. 41-5952, “Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte”);
- Emilia Romagna (DGR 8.2.1999 n. 124, “Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari”);
- Liguria (PSR 1999-2001);
- Marche (DGR 20.3.2001 n. 606, “Linee guida regionali per le cure domiciliari”).

Si tenta, pertanto, di superare le diverse tipologie di servizi esistenti, spesso non collegati tra di loro e

rappresentati in maniera non omogenea nel territorio, quali il Servizio di Assistenza Domiciliare “sociale” (SAD), il Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP), l'Assistenza domiciliare ai malati di AIDS, l'Ospedalizzazione a domicilio (OD). In altri casi i servizi sono distinti per categorie di patologie, spesso diversificate tra le Regioni, quali le forme di assistenza domiciliare per persone anziane, malati di AIDS, pazienti in fase terminale.

L'obiettivo è progettare e realizzare gli interventi di cure domiciliari finalizzati alla presa in carico dei bisogni sanitari e sociali del cittadino, tramite un elevato livello di coordinamento ed integrazione tra i diversi attori del sistema. La Regione Piemonte prevede, a tal fine, la stipula di un “contratto” tra gli operatori, la persona assistita ed i familiari e/o il care giver, configurato come una alleanza terapeutica e si inserisce in un contesto di educazione sanitaria rivolta ai familiari, che mira a rassicurarli sui problemi familiari della persona assistita e ad aiutarli ad assisterla a casa nel modo più appropriato. Le altre Regioni utilizzano, per le stesse finalità, il “piano personalizzato di assistenza”.

Sugli aspetti organizzativi, si mira a semplificare i percorsi e a rendere più flessibile il sistema, prevedendo un centro di organizzazione unitario nel distretto, come punto di riferimento e di accesso ai servizi di cura domiciliari, modulando poi l'assistenza sui livelli di intensità delle cure sanitarie e sociali che devono essere erogate in relazione alla complessità dei bisogni assistenziali della persona.

Questo centro organizzativo è diversamente strutturato dalle Regioni. L'Emilia-Romagna lo configura come “punto unico di accesso”, nell'ambito del distretto, individuando poi i Nuclei operativi di assistenza domiciliare (NOAD), come presidi del distretto composti da medici di medicina generale, infermieri, altri operatori sociali, che devono assicurare al do-

micilio del paziente un'assistenza continuativa e globale, nell'arco della giornata e in coordinamento con il Servizio di continuità assistenziale.

Il Piemonte individua una "Centrale operativa", nell'ambito di un più complesso sistema (la Regione identifica una "Struttura organizzativa integrata cure domiciliari" nell'azienda sanitaria con due livelli interni di responsabilità: un livello direttivo, di tipo strategico, ed un livello operativo fondato sulla Centrale operativa e sulle Unità periferiche di erogazione). I compiti sono per lo più quelli di costituire un punto unico di accesso; valutare le richieste di cure domiciliari e attivare i percorsi sanitari e socio-assistenziali appropriati. La Regione Marche individua, in ogni distretto, una "segreteria organizzativa", che svolge funzioni di informazione ma anche di accesso all'assistenza; un "Nucleo operativo", composto da MMG, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti e da assistenti sociali, educatori, assistenti di base. Al Nucleo è affidata la concreta erogazione delle prestazioni. Nel distretto opera, altresì, un Comitato di coordinamento delle cure domiciliari, che comprende il Direttore sanitario aziendale, i Direttori di distretto e i Coordinatori degli ambiti territoriali, con compiti di indirizzo, monitoraggio e verifica dell'attività e delle risorse impegnate a livello distrettuale. La Regione Liguria prevede la costituzione, in ciascun distretto, di uno "Sportello unico di accoglienza", che opera con modalità concordate con MMG, PLS, Comuni. È un punto unitario di riferimento e di accesso al sistema delle cure domiciliari.

La valutazione del bisogno è sempre effettuata tramite Unità di valutazione multidisciplinari, costituite da un insieme di operatori sanitari e sociali, con professionalità diverse in relazione ai bisogni della persona (così, per gli anziani, si attiverà l'Unità di valutazione geriatrica; per i soggetti affetti da AIDS, occorrerà la presenza di un Medico specialista in malattie infettive). In alcune Regioni le Unità operano sulla base di griglie valutative omogenee e standardizzate.

A seguito della valutazione del bisogno complessivo della persona, nelle sue componenti sanitarie e sociali, l'équipe valutativa individuerà il livello di intensità assistenziale necessaria, definirà il piano personalizzato di assistenza, e si avvarrà del centro organizzativo del distretto per l'attivazione dell'assistenza. Generalmente si richiede l'individuazione di un "case manager", un responsabile organizzativo dell'assistenza domiciliare, garante per l'accesso alle cure, con la funzione di definire le risorse e pianificare le attività necessarie al paziente in ADI e definire i percorsi organizzativi. Il percorso di cura sarà accompagnato dalla compilazione di una cartella integrata, che indica tutta l'attività svolta dagli operatori coinvolti al domicilio del paziente.

All'unificazione del modello, corrisponde l'individuazione di servizi con diverso livello di intensità assistenziale, graduati in relazione al bisogno sanitario e socio-sanitario della persona (che costituisce anche un'indicazione nazionale, da ultimo prevista nel DPCM 14.2.2001 sull'integrazione socio-sanitaria). Alcune Regioni prevedono tre livelli di complessità assistenziale: bassa, media, alta (Piemonte, Emilia-Romagna e Liguria); altre ne identificano due, a bassa o alta intensità (Marche).

L'ulteriore tendenza è quella di sperimentare modalità nuove, come il progetto di "ospedalizzazione territoriale" della Regione Liguria, che unisce alcuni aspetti dell'ADI ed altri dell'ospedalizzazione domiciliare. Il progetto, attivato negli anni 1999-2001, coinvolge l'ASL n. 3 di Genova, le 3 AO di Genova ed i presidi ospedalieri della ASL n. 3 per un totale di circa 700.000 abitanti, e riguarda l'erogazione di prestazioni diagnostiche, di cura e riabilitazione di tipo ospedaliero, a cui si aggiungono servizi territoriali sanitari e socio-assistenziali. L'estensione della sperimentazione ad altre realtà è in fase di valutazione della Regione, in relazione ai diversi assetti organizzativi ed ai costi.

Al di là di questi nuovi orientamenti, tutte le Re-

gioni hanno una disciplina sull'Assistenza domiciliare integrata, ma a fronte della condivisione del mandato e dei contenuti fondamentali, non tutte le Regioni forniscono indicazioni chiare sulle modalità organizzative e gestionali delle attività (sistemi di accesso, destinatari, volumi minimi di attività, sistemi di valutazione, flussi informativi e così via). A livello aziendale le diversità investono anche altri aspetti: la difficoltà di coordinamento tra operatori e soprattutto il condizionamento delle risorse limitate. L'attuazione dell'ADI risulta, pertanto, a "macchia di leopardo" in tutto il Paese, all'interno delle singole Regioni, anche se gli obiettivi di potenziamento sono previsti in ogni Regione e l'investimento di risorse è in lenta crescita. Si può, pertanto legittimamente affermare che, anche se stanno aumentando le esperienze in questo settore, l'ADI è ancora un modello assistenziale in corso d'opera, sia nella sua collocazione all'interno di una più ampia rete di cure domiciliari sia

per alcune difficoltà operative; ed in particolare la necessità di una forte struttura organizzativa e la necessità di superare la separazione tra le attività socio-assistenziali di pertinenza degli enti locali e quelle sanitarie che fanno capo alle aziende USL; due sistemi di servizi che spesso parlano linguaggi diversi, dando luogo a difficoltà anziché a complementarità degli approcci.

Malgrado le difficoltà, vi è ormai una grande ricchezza di esperienze di ADI nel Paese, che hanno portato alcune Regioni ad individuare modelli più ampi ed integrati di sistemi domiciliari, legati non più a categorie diverse, ma rapportate all'intensità delle cure e alle diversità dei bisogni assistenziali. Questa strada appare importante, soprattutto in un Paese dove la continua crescita della popolazione anziana e della cronicità richiede l'individuazione di nuovi strumenti, che sostengano realmente il carico delle famiglie, nel "prenderci cura" della persona.

Assistenza Domiciliare Integrata

Regione	2000		2001	
	Casi Trattati	Di cui Anziani	Casi Trattati	Di cui Anziani
Piemonte	14.717	8.038	19.823	12.477
Valle d'aosta	12.092	9.795	14.150	10.612
Lombardia	45.704	28.375	54.658	39.076
Prov. Auton. Bolzano	97	83	99	79
Prov. Auton. Trento	7.289	7.289	523	261
Veneto	21.482	18.544	32.317	24.783
Friuli venezia giulia	24.145	20.709	22.213	19.232
Liguria	8.985	8.588	14.995	14.250
Emilia romagna*	8.929	6.581	22.572	16.809
Toscana	13.945	12.130	16.734	14.686
Umbria	15.903	14.056	3.292	2.733
Marche	14.147	12.672	14.824	12.804
Lazio	19.854	17.681	17.517	15.754
Abruzzo	2.789	1.666	3.519	2.353
Molise	3.285	2.526	4.199	3.885
Campania	6.363	5.839	7.935	6.541
Puglia	8.629	7.338	7.682	6.791
Basilicata	2.666	2.305	3.779	2.889
Calabria	2.935	2.484	2.529	1.999
Sicilia	4.777	4.263	5.865	5.144
Sardegna	1.372	527	1.627	1.345
Italia	240.105	191.489	270.852	214.503

* Alcune Aziende USL non hanno inviato i dati.
Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario, 2001

Si affaccia il modello dei “primary care groups”

A cura di un gruppo di esperti del Ministero della salute, è stato elaborato, di recente, un documento in cui si delinea l'ipotesi di affidare sperimentalmente ad unità territoriali di assistenza primaria (UTAP), costituite da medici e altri operatori, la gestione, in ambiti territoriali determinati, dell'insieme delle prestazioni sanitarie e sociali in un'ottica di integrazione tra i servizi.

Il suddetto documento è stato trasmesso dal Ministero della salute alla Conferenza Stato-Regioni nell'ambito delle indicazioni progettuali per l'utilizzazione delle risorse che sono state vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge n. 662 del 1996, alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano sanitario nazionale 2003-2005, così come sono stati individuati nell'accordo del 24 luglio 2003 tra il Ministro della salute e le Regioni: sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza, cure primarie, rete integrata di servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza, centri di eccellenza, comunicazione istituzionale.

Esso costituirà, pertanto – per la materia delle cure primarie – un importante contributo per le Regioni ai fini della redazione dei loro progetti.

Poiché il documento riecheggia l'esperienza inglese dei “primary care groups”, ne pubblichiamo il testo assieme ad una nota descrittiva della più recente evoluzione del sistema dell'assistenza primaria nel Regno Unito.

IL TESTO DEL DOCUMENTO MINISTERIALE SULLE UTAP

“Il processo di innovazione della sanità non potrà che avere come riferimento la persona, le sue esigenze, i suoi obiettivi.

La medicina delle specializzazioni, se da un lato ha permesso il raggiungimento di importantissime acquisizioni in campo diagnostico e terapeutico, dall'altro “riducendo” la persona a singolo organo o apparato, ne ha perso di vista l'unitarietà fisica e ne ha ignorato la specificità culturale, spirituale sociale e di contesto.

La medicina di famiglia ha, per converso, “modificato” il suo rapporto tradizionale con i propri assistiti sani e malati.

Ne è risultata una sofferenza in quella parte del ruolo del medico che, accanto alla cura è il “prendersi cura” del paziente, nel contesto dei servizi socio sanitari e della comunità, da sempre ha costituito un aspetto chiave del suo operare, e che oggi, la ristrettezza e l'instabilità dei nuclei familiari e l'invecchiamento della popolazione sembrano ancora di più sollecitare al medico.

Se da un lato, pertanto, sarà importante sostenere lo sviluppo tecnologico, dall'altro sarà altrettanto importante fare in modo che il rinnovamento dell'organizzazione sani-

taria consenta a queste conquiste e a questi risultati di diventare supporto alla persona nella sua unitarietà spirituale e materiale.

Il recupero del governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari nel territorio e nella comunità, le scelte per un’azione di prevenzione e promozione della salute, di terapie e di un’assistenza costante legata alla conoscenza della persona in quanto tale, al suo ambiente, fa del medico di famiglia lo strumento fondamentale per consentire al sistema sanitario di recuperare la centralità dell’uomo e per fare sì che lo sviluppo tecnologico e della specialità diventino strumenti per nuove frontiere nella qualità della vita.

L’evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale sarà condizionata da fenomeni che avranno peso crescente sugli assetti organizzativi dei servizi e sulla formazione degli operatori sanitari.

Questi sono:

- la spinta crescente sui servizi esercitata dalla prevalenza della patologia cronico degenerativa che pone il problema, già oggi e lo porrà maggiormente in futuro, della presa in carico dei pazienti da parte di una robusta rete di servizi territoriali in cui sia protagonista il Medico di Medicina Generale;
- la spinta verso l’alta specializzazione (ad esempio la genetica, i nuovi farmaci, la robotica in chirurgia, gli xeno-trapianti etc.), che costituisce l’altra polarità dello sviluppo della medicina e dell’organizzazione sanitaria;
- la consapevolezza che i determinanti della salute sono in larga parte fuori del Servizio Sanitario e che la promozione della salute, gli stili di vita e quindi il protagonismo stesso dei cittadini per la gestione del proprio stato di salute sarà sempre più importante, con la necessità quindi di sviluppare le iniziative di educazione alla salute rivolte ai cittadini;
- il gradimento da parte dei cittadini dei servizi

erogati dal SSN e conseguentemente l’attenzione da parte dei diversi livelli di responsabilità alla mancanza di miglioramento o al possibile deteriorarsi della qualità del SSN evidenziato da problematiche quali ad es. le liste di attesa che richiederà ai servizi una attenzione sempre maggiore verso la qualità percepita dai cittadini;

- la necessità di migliorare il rapporto delle strutture del SSN con i propri operatori, medici e non, quale fattore strategico per un miglior funzionamento dei servizi, che richiederà l’implementazione di strumenti di governo nelle Aziende Sanitarie che favoriscano lo sviluppo del coinvolgimento e la valorizzazione della componente clinica dei servizi. Punto importante sarà l’organizzazione di un governo unitario della Sanità nel territorio espresso sia nella partecipazione alle scelte di programmazione, ma anche di gestione della AASSLL. Un uguale indirizzo dovrà avere la struttura degli onorari dei sanitari, i cui contenuti dovranno essere sintonizzati con gli obiettivi di salute della programmazione, premiare la professionalità, la qualità e quantità del lavoro, con adeguato riconoscimento di ruolo nel sistema sanitario. Più poteri ai soggetti che operano, più responsabilità nella gestione dei programmi e budget condivisi.

A fronte della presenza, già oggi, e del probabile sviluppo di tali fenomeni nel prossimo futuro, si rende necessario l’avvio di un forte processo di innovazione che riposizioni su logiche nuove i diversi settori e i professionisti del SSN recependo sul piano operativo gli indirizzi da tempo emanati a livello internazionale e nazionale (OMS, P.S.N. 2002-2004).

Un aspetto di assoluta rilevanza in questo processo di riorientamento culturale ed organizzativo dei servizi è costituito dal ruolo e dall’organizzazione dei

servizi territoriali e dell'assistenza primaria e in modo particolare dal ruolo del Medico di Medicina Generale, che attraverso una rinnovata centralità siano in grado di "cogestire" con gli specialisti ospedalieri i percorsi assistenziali dei pazienti.

Per i servizi territoriali l'enfasi va sulla capacità di "leggere" i bisogni assistenziali e di "governare" la domanda di prestazioni: che si esprime sia verso la rete dei servizi territoriali stessi (specialistica, domiciliarietà, residenzialità) che verso l'ospedale e gli altri poli dell'assistenza socio-sanitaria.

In tale prospettiva la continuità assistenziale (tra servizi territoriali e tra questi e l'Ospedale) diventa un obiettivo per l'organizzazione dei servizi e per l'operatività dei professionisti, particolarmente significativa per la "gestione" delle patologie cronico-degenerative.

Aspetto cruciale per la riorganizzazione dei servizi territoriali è costituito dal modello organizzativo della medicina di famiglia, finalizzato agli obiettivi sopra indicati.

È pertanto necessario prevedere una ridefinizione dell'assetto organizzativo della Medicina di Famiglia che permetta alla stessa l'assunzione di questa maggiore responsabilità nell'ambito del SSN.

In particolare il nuovo PSN afferma al punto 2.7 di pag. 28 che è necessario "promuovere il Territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari".

E testualmente continua affermando che "più in generale, si rende evidente la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostando risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica oggi non più sostenibile".

Ancora una volta quindi l'attenzione si sposta sui MMG e PLS, ai quali si deve però chiedere di giocare un ruolo maggiore che in passato.

Il nuovo PSN è lo strumento per individuare un nuovo assetto dell'organizzazione della medicina nel

territorio. Nel rinnovo delle Convenzioni dei MMG – PLS – MCA – Specialisti dovranno essere assunti come centrali questi obiettivi.

I problemi economici, le liste di attesa, il sottoutilizzo e l'utilizzo improprio di risorse nel sistema, impongono una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale. La riorganizzazione del territorio si realizza con la costituzione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria-UTAP, formate dall'associazione di più medici convenzionati che operano in una sede unica e che garantiscano le ulteriori funzioni accanto a quelle già oggi svolte o previste dalla vigente convenzione, anche nelle sue espressioni più avanzate come la Medicina di Gruppo; che sostanzino la continuità assistenziale.

Accanto alla tradizionale responsabilità individuale del singolo professionista rispetto ai propri assistiti, il nuovo modello organizzativo permetterà lo sviluppo di una responsabilità collettiva da parte dell'intero gruppo di professionisti su quanto "di più" è possibile garantire all'insieme degli assistiti dell'UTAP (accessibilità, fornitura di attività specialistiche, presa in carico per la continuità assistenziale, considerato anche il ruolo crescente che avrà l'assistenza domiciliare e quindi il Medico di Medicina Generale, maggiore gestione dei propri assistiti in alternativa al ricovero in ospedale, etc.); considerato che questa unità sarà punto di riferimento per l'attività di specialisti per programmi di assistenza distrettuale, ad essa sarà integrato il servizio di continuità assistenziale e sarà dotata di personale infermieristico e tecnico oltre che di personale amministrativo e di supporto.

Va poi ulteriormente osservato come questo modello possa permettere il miglioramento della qualità delle cure attraverso lo sviluppo del governo clinico delle cure primarie (verifica tra pari, utilizzo di linee guida, etc. nell'ambito del gruppo) e maggiore efficacia nella responsabilizzazione finanziaria (gestione del budget).

Le UTAP dovranno organizzare il soddisfacimento di tutta l'attività ambulatoriale che oggi impropriamente si svolge all'ospedale, dovranno soddisfare la domanda specialistica di elezione, a partire da quella più diffusa, riportando le attese a livelli fisiologici con la presenza di specialisti. Dovranno organizzare la continuità assistenziale uniformando il team, con la integrazione dei medici di continuità assistenziale. In ogni caso è essenziale che 24 ore su 24 ore e 7 giorni su 7 giorni, di fronte ad una domanda di salute ci sia la risposta o l'organizzazione della medesima sul territorio.

In generale, obiettivi di questo riordino sono:

- la garanzia di una appropriata erogazione dei servizi a partire dai LEA;
- un'efficace continuità assistenziale e presa in carico dei pazienti;
- una più incisiva attività di promozione della salute e di educazione alla salute per i cittadini;
- la fornitura di attività specialistiche;
- l'abbattimento di liste d'attesa;
- la riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri;
- l'attivazione dei percorsi assistenziali;
- una più efficace integrazione socio sanitaria.

L'obiettivo prioritario è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico dell'assistenza sanitaria di base. Un processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersettorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo.

È noto quanto sia importante il coordinamento degli interventi ed a tale scopo individuare nel territorio soluzioni innovative, organizzative e gestionali per

orientare diversamente la domanda di prestazioni.

Il territorio, incentrato sulle UTAP e sul responsabile del medesimo nella gestione delle ASL, che saranno di regola singolarmente dislocate, anche se sono prevedibili aggregazioni di diverse UTAP, in base alla specificità territoriale servita, in particolare nei grandi centri urbani densamente popolati, si collegheranno in rete con l'organizzazione distrettuale alla quale vanno riservate le attività multi-UTAP, soprattutto relative ai servizi per i quali necessitano aggregazioni di utenti più ampie (60-100.000 utenti) e del sociale.

Il budget del territorio sarà strutturato, fermo restando l'individualità della convenzione con il sanitario, individuando un livello di responsabilità di Unità, e sarà incentrato sia sull'attività e le prestazioni effettivamente svolte che sulla frazione di “governo della domanda”, individuandone modalità che identifichino l'effettivo ruolo svolto dai medici UTAP singolarmente o collettivamente.

Le UTAP, per le parti comuni, si danno un referente che si relaziona con il territorio, il distretto, l'ospedale e ogni altro polo della rete socio-sanitaria.

In linea generale si può affermare che questa è una impostazione che inverte il tradizionale sistema di offerta sanitaria, fondata sull'ospedale che attende i cittadini ai servizi, a favore di una linea che identifica il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio assistenziali dei cittadini. Il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extraospedalieri; oggi bisogna riorganizzare l'offerta dei servizi e prestazioni nel territorio per configurare l'intervento ospedaliero come assistenza extraterritoriale sempre più riservato alle patologie acute. L'organizzazione sul territorio di strutture UTAP, dimensionata su bacini di utenza adeguati, con attrezzature adeguate, ha la capacità di rendere visibile nel territorio l'assistenza, di essere precisi punti di riferimento per i cittadini.

Per le strutture delle cure primarie UTAP, la realizzazione deve tenere conto di alcuni riferimenti:

- 1) che diventano il punto di riferimento dell'assistenza territoriale;
- 2) che sono il primo dei poli della rete integrata di assistenza Socio Sanitaria che ha come riferimento l'ULSS e il Comune;
- 3) che diventano un interlocutore di dialogo con il distretto, l'ospedale e le altre strutture di assistenza presenti nel territorio;
- 4) che il modello organizzativo è fortemente condizionato dalla dimensione della popolazione assistita per quantità e qualità.

Ancora, l'attività della UTAP si inserisce in una programmazione distrettuale, ancorché rimanga una esigenza di unitarietà nella gestione del territorio quando il medesimo raggruppa più di un distretto.

In questa fase vogliamo ipotizzare una scelta piena dei medici verso questa riorganizzazione in modo volontario, lasciando ad una fase successiva processi di costruzione, che possono trovare delle mediazioni se l'obiettivo è esplicito.

L'obiettivo è la concentrazione in un'unica sede operativa di tutti i medici e non medici della UTAP, sapendo che questo può incontrare problemi con altri operatori esterni, ad esempio le farmacie, per effetto della loro dislocazione.

In questo caso è importante un coinvolgimento di queste strutture al processo di riorganizzazione prospettato, cercando i presupposti per una forte collaborazione.

Alcune criticità vanno assunte come parte dei problemi da risolvere, a partire dal come remunerare l'attività specialistica che può essere svolta dal medico dell'UTAP, così come è necessario concertare con i medici specialisti convenzionati la loro organica presenza nella UTAP, unitamente ai medici di Continuità Assistenziale. Dirimente in ogni caso è la disponibilità dei medici a coprire l'intero arco del-

la continuità assistenziale, compreso il fatto che l'onorario dei medesimi dovrà corrispondere alla quantità e qualità di prestazioni svolte individualmente nelle strutture associate, ferma restando la possibilità, in una logica di flessibilità, di retribuire l'intero gruppo per obiettivi per il cui raggiungimento è necessario l'apporto di tutti i componenti dell'UTAP.

Questo rappresenta un punto fondamentale nell'equilibrio del sistema. L'unica strada perseguibile è data da uno scambio fra più potere da un lato nella redazione e organizzazione dei programmi e dei budget e dall'altro piena responsabilità nella gestione e nell'attuazione dei medesimi.

Una valutazione che ancora va posta alla nostra attenzione, è che un progetto di questa dimensione, destinato a mutare in modo significativo gli equilibri e i poteri nel sistema sanitario, richiede un tempo congruo per la sua realizzazione, passando anche attraverso fasi successive e specifiche sperimentazioni. In ogni caso possiamo parlare di un processo che, partendo subito, richiede un arco di 3-5 anni.

Un progetto di questa portata si troverà a dover superare prevedibili resistenze corporative, inerzie nei comportamenti, ideologismi radicati, nonché a fare i conti con diversi gradi di preparazione professionale dei soggetti interessati; tutto ciò consiglia di avviare un percorso per gradi, procedere per alcune sperimentazioni prototipali, ipotizzando un'ampia flessibilità realizzativa nei diversi contesti locali, pur nell'invarianza dell'obiettivo strategico di assegnare centralità di Sistema ai servizi territoriali.

Un capitolo di primaria importanza, sarà dato dal supporto formativo che il Sistema sarà in grado di garantire. A questo proposito, un programma di continuità formativa, dovrà contenere un congruo numero di ore di diretta esperienza dei medici UTAP all'interno di strutture ospedaliere. Il rinnovo delle convenzioni con i sanitari convenzionati, potrà individuare i criteri e i contenuti.

Ipotesi di strutture su 10.000 utenti.

Struttura:

6 ambulatori (4m. per 4m.);
 2 locali adibiti a minilaboratorio per esami del sangue, ecografie, ECG, medicazioni, visite specialistiche (6m. per 6m.) per 2;
 1 ampia sala d'attesa (5m. per 8m.);
 1 locale per il personale di studio (3m. per 5m.).

Personale medico e di supporto:

Minimo 6 medici di famiglia	Massimo 8 medici di famiglia
Minimo 1 pediatra	Massimo 2 pediatri
Massimo 2 persone di studio	Massimo 3 persone di studio
Minimo 2 infermieri	Massimo 4 infermieri
Minimo 1 guardia medica	Massimo 2 guardie mediche

1 unità amministrativa per le attività di gestione amministrativa.

Attrezzature:

- 1) Mezzi informatici collegati in rete all'interno e all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle ULSS di riferimento; in particolare il modello informativo dovrà prevedere:
 - l'informatizzazione delle cartelle cliniche;
 - la messa in rete di tutti i gruppi con l'azienda sanitaria anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali in area preventiva o epidemiologica;
 - collegamento al CUP;
 - possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
- possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive con il medico curante;
- 2) Mini laboratorio per esami di routine;
- 3) Elettrocardiografo;
- 4) Ecografo;
- 5) Frigoriferi;
- 6) Sterilizzatrici;
- 7) Per prestazioni di maggiore complessità e per bacini più ampi l'UTAP sarà strettamente collegata secondo percorsi preferenziali con i poliambulatori territoriali e ospedalieri;
- 8) Pronto soccorso medico e chirurgico di base.

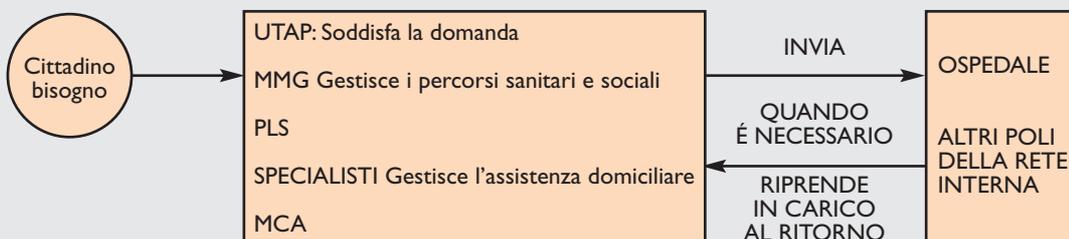
A tal fine si riporta lo schema di UTAP basato su un'utenza tipo di 10.000-20.000 unità.

Uno schema di Utap – i ruoli dell'Utap

Modelli di riferimento dell'UTAP: aspetti generali

La realizzazione di strutture UTAP deve partire da tre assunti chiave:

- L'UTAP è il primo dei poli della rete integrata di assistenza Socio Sanitaria (Integrazione ULSS-Comuni).
- L'UTAP si organizza in via generale attraverso l'aggregazione di 10-20.000 utenti potendosi prevedere su centri urbani densamente popolati l'aggregazione di più UTAP. Si rapporta con il distretto, con l'ospedale e gli altri poli della rete integrata.
- L'UTAP diventa il punto di riferimento dell'assistenza territoriale. Ne intercetta la domanda, la soddisfa per quanto è possibile, ne governa i successivi eventuali percorsi sanitari e sociali, in un'ottica di appropriatezza.
- Il modello di organizzazione delle UTAP è strettamente correlato dalla dimensione della popolazione assistita.



Modelli di riferimento dell'UTAP: aspetti generali

- La popolazione servita costituisce l'elemento di riferimento per la costituzione dell'UTAP.
- Vanno considerate in modo diverso il numero di assistiti in presenza di zone ad alta o bassa densità di popolazione.
- Il modulo base è parametrato su 10.000 assistiti e comprende da 6 a 8 MMG, da 1 a 2 PLS, un numero di specialisti in ragione delle esigenze (liste di attesa), 1 a 2 MCA.
- Il modulo base comprende da 2 a 4 infermieri, da 2 a 3 persone di studio, 1 unità amministrativa.
- La struttura è unica e comprende adeguati locali, per gli studi dei MMG, per l'attività specialistica, per la continuità assistenziale, per attività di mini laboratorio (esami del sangue, ecografie, ECG, medicazioni, per il personale infermieristico, per il personale di studio e per la sosta di attesa dei pazienti) e per funzioni di pronto-soccorso di base.

Modelli di riferimento dell'UTAP: aspetti generali

- Le attrezzature comprendono mezzi informatici collegati in rete all'interno e all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle ULSS di riferimento;
- la messa in rete di tutte le UTAP con l'Azienda Sanitaria anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali di area preventiva o epidemiologica;
- collegamento al CUP;
- possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
- possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive con il medico curante;
- mini laboratori per esami di routine;
- elettroencefalografo;
- ecografo;
- frigoriferi;
- sterilizzatrici;
- per prestazioni di maggior complessità e per bacini più ampi l'UTAP sarà strettamente collegata secondo percorsi preferenziali con i poliambulatori territoriali e ospedalieri;
- in centri urbani densamente popolati si potrà prevedere l'aggregazione in un'unica sede di più UTAP.

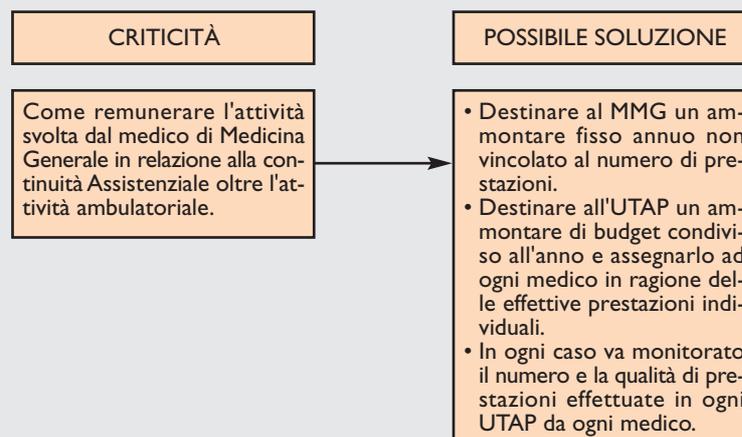
Modelli di riferimento dell'UTAP: rapporti con gli altri poli della rete integrata

- L'UTAP è la struttura primaria nel territorio che intercetta il fabbisogno, lo soddisfa per quanto è possibile e governa i successivi percorsi sociali e sanitari.
- L'UTAP dialoga con il distretto sanitario di riferimento, con l'ospedale, con gli altri poli della rete integrata, con il responsabile del territorio nella direzione dell'Azienda sanitaria.
- Il Distretto Sanitario è una Struttura multi UTAP e svolge attività che necessitano di una concentrazione di assistiti di più di una UTAP sulla scorta di quanto definito dalle programmazioni Regionali.

Modelli di riferimento dell'UTAP: ruoli – criticità

Ruolo degli specialisti

- Il numero e la quantità di attività nell'UTAP sono strettamente legati al fabbisogno dei rispettivi territori (Liste di attesa) e alle risorse potenziali presenti nell'UTAP.
- È inoltre ipotizzabile, in ragione delle singole realtà, organizzare l'attività specialistica nelle diverse UTAP per specifiche specialità con ambulatori dedicati per patologia in modo trasversale.



Modelli di riferimento dell'UTAP: aspetti chiave

Disponibilità dei medici nell'arco della giornata

- L'UTAP garantisce la continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.
- L'insieme dei medici che operano nell'UTAP si danno un referente.
- I medici UTAP organizzano la presenza in modo da garantire unitariamente la capacità di assistenza continua in ragione delle esigenze specifiche di ogni territorio.
- Il personale non medico garantisce il supporto sanitario e organizzativo all'attività e agli obiettivi UTAP.
- L'UTAP promuove e gestisce in concreto, in rapporto alle esigenze, con gli altri poli della rete integrata l'assistenza domiciliare.

L'UTAP orienta l'attività di assistenza primaria in un'ottica di promozione della salute, della qualità della vita, di prevenzione e di appropriatezza delle prestazioni".

L'evoluzione delle cure primarie nel Regno Unito

L'evoluzione del settore delle cure primarie nel Regno Unito riveste particolare importanza in quanto consente di prendere in considerazione diversi approcci organizzativi della medicina di base che si sono succeduti nel tempo, in coincidenza con “momenti” di riforme sanitarie comuni a tutti i Paesi europei (ancorché non contemporanee e omogenee nelle scelte).

Il sistema sanitario inglese ha storicamente posto notevole enfasi sull'organizzazione delle cure primarie.

Nel Regno Unito la riforma del 1948 ha messo le basi di una struttura fortemente centralizzata che, seppure modificata in epoche successive, costituisce tuttora l'impianto portante dell'intero sistema. Lo strumento principe di regolamentazione è costituito da un contratto pubblico (denominato Red Book – Libro Rosso) stipulato tra il Governo e i medici di base. Nel Libro Rosso sono fissate le responsabilità, le attività dei medici e i sistemi di finanziamento di tali attività.

In seguito, nel periodo tra il 1948 e il 1965, i medici di base (professionisti convenzionati con il sistema sanitario) sono stati remunerati secondo una quota capitaria; dal 1965 al 1990 con il *family doctor charter stage* si è aggiunto un salario minimo indipendente dal carico di assistiti, un finanziamento pubblico per gli investimenti in strutture e tecnologie e un sistema di cofinanziamento dei salari del personale infermieristico e amministrativo (per il 70% a carico dello Stato).

Più recentemente vi sono state due grandi riforme, o meglio, due fasi di riforma: la prima, dall'inizio degli anni novanta sino al 1997, sotto i governi conservatori e la seconda alla fine del secolo, con il governo Blair.

Il periodo dei governi conservatori è stato caratterizzato dal tentativo di introdurre nel sistema sanitario inglese meccanismi più vicini al mercato, cercando di favorire in qualche modo la concorrenza tra i fornitori di servizi sanitari pubblici e privati. I fornitori di cure ospedaliere (Hospital Trust, omologhi alle nostre aziende ospedaliere) sono stati separati da coloro che acquistavano le prestazioni per conto dei pazienti (Health Authority) corrispondenti alle nostre ASL, e dai medici di medicina generale (fundholder).

Questo processo, che mirava a modificare profondamente il sistema, si rivolse anche alla medicina generale. In particolare fu introdotto il modello del medico generico *fundholder* (avente capacità diretta di spesa) che acquista i servizi sanitari ospedalieri per conto dei propri assistiti e allo stesso tempo è fornitore esclusivo di cure primarie, contrapposto al medico “senza portafoglio”.

Lo status di *fundholder* permetteva ai medici di contrattare direttamente l'accesso alle prestazioni ospedaliere da parte dei propri assistiti e i relativi prezzi creando, tuttavia, un sistema a due velocità per cui i pazienti assistiti dai *fundholder* godevano di un accesso più rapido alle cure ospedaliere.

Nel 1997 il governo conservatore completò la riforma con una legge specifica sulle cure primarie (1997 NHS Primary Care Act). Prima del 1997 i contratti dei medici generici erano stipulati a livello nazionale (vi era un unico contratto per tutti i medici che disciplinava completamente il rapporto tra medici e sistema sanitario). Con il NHS Act del 1997 venne introdotta una forma di flessibilità nella contrattazione. Da allora il contratto dei medici viene stipulato in due parti: una nazionale che disciplina i principi generali e una locale che permette alle autorità sanitarie (Health Authorities) di soddisfare le necessità specifiche di ogni area (per quel che riguarda l'organizzazione dei servizi, del lavoro e la remunerazione dei medici). Inoltre, fu introdotto un programma di sperimentazioni denominato *Primary Care Act Pilots* che permetteva la realizzazione di modelli alternativi di cure primarie in alcune particolari aree del Paese.

La riforma del governo Blair (principalmente attraverso l'Health Act del 1999), per quanto incentrata nelle intenzioni su una modifica radicale del sistema introdotto in precedenza, ha di fatto completato il processo di introduzione di un mercato interno. L'elemento di discontinuità più rilevante è stato l'abolizione del sistema a due velocità (con i medici *fundholder* contrapposti ai medici "senza portafoglio") a favore dell'introduzione dei *Primary Care Trust* (PCT) e dei *Primary Care Group* (PCG, una forma spuria e transitoria di PCT).

I PCT, che al momento sono circa 350 e nel 2004 saranno 500, sono istituzioni sanitarie a carattere locale con una pluralità di compiti istituzionali. Tutti i

PCT svolgono il ruolo di amministratori delle risorse del sistema sanitario destinate all'area di competenza. Nella terminologia inglese esercitano la funzione di istituzione "commissionante", in quanto acquistano le cure primarie, secondarie ed i farmaci per conto della popolazione residente nell'area. Tutti i risparmi conseguiti dal PCT possono essere da esso trattenuti. Oltre a essere acquirenti, molti PCT sono anche erogatori di cure primarie, disponendo di medici e strutture proprie. Si prevede che dal 2004 i 500 PCT (nella loro doppia funzione di acquirente di cure secondarie ed erogatore di cure primarie) gestiranno circa il 75% del fondo sanitario inglese.

L'atto più recente che disciplina l'attività dei medici di medicina generale, la loro remunerazione e il loro rapporto con i Trust è il nuovo accordo collettivo nazionale sottoscritto nel giugno 2003.

Il nuovo accordo è il risultato di una prolungata trattativa tra la *NHS Confederation* e il *General Practitioners' Committee*, accettata dai governi dei quattro Stati del Regno Unito, sottoposta poi al voto e approvata dalla maggioranza dei medici di medicina generale.

Esso introduce una modifica radicale del ruolo e dell'operatività del medico di medicina generale ed è destinato a entrare in vigore dal 1 aprile 2004.

L'intento dichiarato è un investimento senza precedenti nel settore delle cure primarie che, attraverso un potenziamento del ruolo della medicina di base e un afflusso di ingenti risorse economiche, dovrebbe consentire una riduzione della spesa ospedaliera, trasferendo l'erogazione di alcune prestazioni dall'ospedale al medico di famiglia.

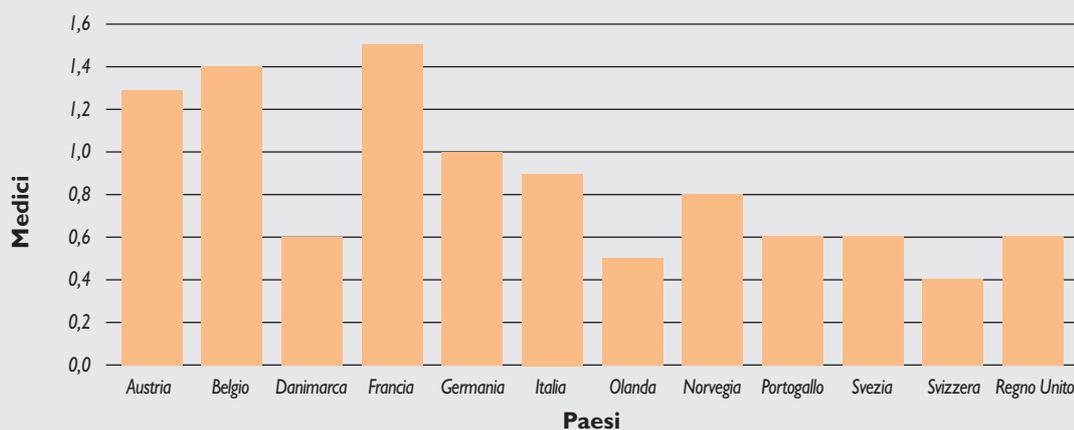
Si prevede, infatti, che gli investimenti nel settore aumentino da 6.1 a 8 miliardi di sterline nel corso di un triennio, con un aumento della spesa totale del 33%.

Il nuovo accordo collettivo si inserisce in una situazione di scarsità numerica dei medici di base, che

vede nel Regno Unito la proporzione di medici di famiglia per 1000 abitanti tra i valori minimi registrati a livello europeo (tab.1).

stico, farmacisti e altri professionisti della sanità; può inoltre assumere medici alle proprie dipendenze. Questa possibilità del contratto di lavoro subordinato rap-

Tabella I - Medici di famiglia x mille abitanti



Fonte OECD 2002 - Dati 1998

In questo scenario l'accordo offre al medico maggiore flessibilità nell'organizzazione del proprio lavoro, nella scelta degli orari e dei servizi erogati e prevede agevolazioni economiche per la modernizzazione delle strutture e l'acquisto di nuove tecnologie, nonché vari incentivi economici e di carriera, ancorando la remunerazione alla qualità delle cure prestate.

Perché il nuovo assetto possa funzionare si prevede anche lo sviluppo di iniziative volte ad alleggerire il carico della medicina di base, promuovendone un uso efficace, come il programma dell' "expert patient" o lo spostamento verso le farmacie dei consulti attinenti i prodotti da banco.

Dal 1 aprile 2004 i contratti di medicina generale verranno firmati dal PCT non più con il singolo professionista bensì con lo studio medico. È lo studio il nuovo soggetto erogatore dei servizi di medicina di base.

Lo studio, come struttura associativa, deve includere almeno un medico di medicina generale. Può comprendere anche manager, personale infermieri-

presenta una novità assoluta per il sistema inglese, dove finora i medici generici potevano esercitare esclusivamente in regime di libera professione.

I pazienti verranno iscritti in una lista comune allo studio, anche se manterranno il diritto di chiedere di essere visitati da un medico di loro scelta tra gli associati allo studio.

Lo studio inoltre non ha più l'obbligo di garantire l'assistenza a tempo pieno ai propri iscritti (24 ore su 24, 7 giorni la settimana), come tradizionalmente previsto per il medico di famiglia, ma ha la possibilità di gestire il proprio carico di lavoro e determinare con maggiore libertà il range di servizi che intende offrire.

A tale scopo l'accordo introduce una tripartizione dei servizi di medicina generale in:

- servizi essenziali,
- servizi aggiuntivi,
- servizi potenziati.

Lo studio medico deve continuare a garantire i servizi essenziali, definiti con formula ampia come cura dei pazienti che sono o si ritengono malati in con-

dizioni in cui generalmente è da attendersi una guarigione, nonché dei malati terminali e cronici. Questi sono gli unici servizi obbligatori per tutti gli studi medici.

Lo studio può, invece, decidere di rinunciare ai servizi aggiuntivi. Essi consistono in “contraccezione, servizi di maternità escluse le cure intra partum, cure pediatriche e interventi chirurgici di minore entità”. Tra i servizi a cui si può rinunciare vi sono anche i servizi straordinari, cioè quelli che i medici erano tenuti a svolgere tra le 18.30 e le 8.00 di mattina dei giorni feriali e durante i giorni festivi.

Qualora lo studio decida di non voler più assicurare i servizi aggiuntivi, deve darne tempestiva informazione al *Primary Care Trust*. In seguito all’opzione di “uscita”, dall’ammontare dovuto allo studio viene detratta una somma – da calcolare secondo parametri nazionali uniformi.

A titolo di esempio è stato calcolato che l’uscita dall’obbligo del servizio straordinario costerà allo studio di medicina generale in media 6.000 sterline annue.

La responsabilità per l’erogazione di questi servizi si trasferisce quindi in capo al PCT che dovrà prendere accordi con altri soggetti per garantirne la continuità. È previsto che a tal fine si utilizzino le risorse derivanti dalle detrazioni effettuate a carico degli studi rinunciatari.

Il termine dell’aprile 2004 è stato fissato, tra l’altro, considerando la necessità di un “periodo cuscinetto” che consenta ai PCT di effettuare il coordinamento tra le diverse modalità di organizzazione del lavoro prescelte dagli studi.

L’accordo collettivo contempla, poi, la categoria dei servizi potenziati, la cui erogazione è facoltativa per lo studio medico. Essi comprendono molte prestazioni che in precedenza erano fornite soltanto dalle strutture ospedaliere. L’accordo collettivo li definisce come: gli stessi servizi essenziali o aggiuntivi, quan-

do vengono erogati con standard superiori; tutti i servizi che esulano dalle categorie dei servizi essenziali e aggiuntivi, come per esempio i servizi di più alta specializzazione forniti dai medici o dal personale infermieristico dello studio; i servizi innovativi e altri che rispondano alle esigenze locali.

Tutti i servizi potenziati vengono commissionati dal *Primary Care Trust* allo studio di medicina generale e si articolano in tre sottocategorie.

- Servizi potenziati obbligatori, che tutti i PCT devono commissionare nella propria area – ma che i medici di medicina generale non hanno l’obbligo di svolgere – e ai quali si applicano prezzi e condizioni stabiliti su base nazionale. Si tratta, perlopiù, di servizi già forniti correntemente dalla maggior parte dei medici di base e che ora riceveranno una remunerazione separata. Per esempio: la vaccinazione anti-influenzale; le vaccinazioni dell’infanzia; la chirurgia minore oltre la crioterapia, la cauterizzazione e il curettage.
- Servizi che i PCT hanno la facoltà di commissionare nella propria area e che sottostanno a un minimum di specificazioni nazionali negoziabili. Per esempio: l’assistenza intra partum, il monitoraggio degli anti-coagulanti, l’inserimento di IUD, i servizi per la depressione, la cura dei senzatetto, il trattamento per gli abusi di droghe e alcool, la cura delle ferite minori.
- Servizi potenziati, sviluppati localmente per sopprimere alle specifiche esigenze di zona. Per esempio servizi per il diabete e progetti pilota di vario genere.

Il nuovo accordo collettivo prevede una modifica del flusso finanziario della quota del fondo sanitario nazionale destinata alle cure primarie, nonché del sistema di remunerazione del medico di medicina generale.

La quota base viene fissata in base al numero dei

pazienti in cura, secondo la formula *Carr-Hill* corretta, che considera alcuni fattori che possono incidere sui costi degli studi medici come l'età ed il sesso degli assistiti, gli indicatori di mortalità e morbilità, fattori demografici e geografici (densità della popolazione, accessibilità del domicilio dei pazienti), nonché l'indice dei prezzi degli affitti o dei macchinari e dei salari quando vi siano notevoli differenze tra un'area ed un'altra.

In particolare, la formula comprende:

- correzione per la composizione di età e di sesso della popolazione, inclusi i pazienti delle *nursing homes* e delle *residential homes*;
- correzione per i bisogni aggiuntivi della popolazione, con riferimento alla morbilità e alla mortalità;
- correzione per gli avvicendamenti nella lista;
- correzioni per i costi fissi dell'erogazione di servizi agli assistiti, includendo un fattore relativo alle forze di mercato per lo staff e la ruralità.

La formula differisce sotto due aspetti da quelle precedentemente adottate per la distribuzione delle risorse. Innanzitutto essa è destinata, per la maggior

Attraverso questa formula viene calcolata una somma (Global Sum) da destinarsi agli studi medici. La somma globale comprende principalmente le remunerazioni per l'erogazione dei servizi essenziali e aggiuntivi e per la copertura dei costi di studio. Uno studio di medie dimensioni dovrebbe ricevere a tale titolo 300.000 sterline nel 2004/2005, con una media di 53 sterline per paziente, e 305.000 sterline nel 2005/2006 con una media di 54 sterline per paziente.

Oltre alla somma globale, gli studi di medicina generale riceveranno anche un compenso in funzione della qualità delle cure erogate.

Questo è l'aspetto più innovativo del contratto.

Ai fini del calcolo delle remunerazioni collegate alla qualità, sono stati individuati quattro settori:

- clinico,
- organizzativo,
- dei servizi aggiuntivi,
- dell'esperienza del paziente.

Ogni settore è diviso in aree, ognuna delle quali caratterizzata da una serie di indicatori della performance; quelli clinici sono di struttura, di processo e di risultato.

Settori	Aree
1) clinico	patologia cardiaca coronarica (CHD) compresa la disfunzione del ventricolo sinistro (LVD), infarto e attacchi ischemici transitori (TIA), ipertensione, ipertiroidismo, diabete, salute mentale, malattia polmonare ostruttiva cronica (COPD), asma, epilessia, cancro.
2) organizzativo	registrazione e informazione, comunicazioni con i pazienti, educazione e addestramento, management del farmaco, management clinico e dello studio
3) servizi aggiuntivi	screening cervicale, pediatria, maternità, servizi contraccettivi
4) esperienza del paziente	esame del paziente e durata della visita

parte, a essere applicata in tutti e quattro i paesi del Regno Unito; inoltre verrà applicata alla popolazione assistita dallo studio medico, non a quella del *Primary Care Trust*.

L'accordo collettivo prevede tre tipi di pagamenti: preparatori, di progetto e di risultato.

Pagamenti preparatori. Data la complessità dello sviluppo del nuovo assetto della medicina di ba-

se, è previsto che gli studi ricevano pagamenti preparatori per il primo triennio. Si tratta di somme non condizionate al risultato ma volte a consentire allo studio di stabilire la propria posizione e i propri progetti nel quadro del sistema di remunerazione basato sulla qualità. Tali pagamenti saranno, in media, di 9.000 sterline annue per studio secondo la formula *Carr-Hill* di pesatura della popolazione assistita.

Pagamenti di progetto. I pagamenti di progetto remunerano l'iniziativa dello studio volta al proprio miglioramento e sono commisurati al punteggio (scoring) che lo studio stima di raggiungere nel corso dell'anno. Questi pagamenti sono concordati con il PCT e distribuiti nella misura di un terzo dei punti totali programmati. Così, per esempio, se uno studio di medie dimensioni progetta di raggiungere 750 punti nel 2004/2005, riceverà un pagamento di progetto di 250 punti nel corso del relativo periodo.

Pagamenti di risultato. I risultati per il periodo 2004/2005 verranno misurati all'inizio dell'anno successivo e verrà conseguentemente effettua-

to il relativo pagamento. Se lo studio poc'anzi preso ad esempio ha effettivamente realizzato 750 punti nel 2004/2005, riceverà un pagamento di risultato per i restanti 500 punti.

È stabilito un ammontare massimo di 1050 punti a disposizione di ogni studio di medicina generale, con un valore medio di circa 75 sterline a punto per il periodo 2004/2005 e di 120 sterline per il periodo successivo.

I punti saranno lo strumento per distribuire all'interno del programma i pagamenti di progetto e di risultato e sono stati collegati a ciascuno degli indicatori, pesati secondo il carico di lavoro, i costi e l'importanza.

Per dare un riconoscimento alla diversità del carico di lavoro relativo connesso all'erogazione di cure di qualità a diversi numeri di pazienti, la titolarità complessiva dello studio a ricevere i pagamenti di progetto e risultato verrà corretta dalla popolazione pesata dello studio stesso sulla base della formula *Carr-Hill*.

Alcuni commenti degli interessati

Dr John Crisholm, della B.M.A., presidente del G.P. Committee:

"Credo che questa sia una svolta per la medicina di base, e che i medici di famiglia abbiano scelto la strada che li condurrà a una migliore vita lavorativa e fornirà ai loro pazienti cure di qualità ancora più elevata."

20 giugno 2003

Fonte: *Articolo del Family doctors hail a new era di David Batty su society.guardian.co.uk*

Dr Dafydd H. Thomas, G.P.:

"Ho preso contatti con la mia banca per revocare il mio accredito a favore della B.M.A. Lo faccio con un certo rammarico. (...) Sento tuttavia che non riesco più a pagare un'organizzazione che è riuscita a ottenere per me e i miei colleghi G.P. un risultato così misero nel nuovo contratto."

26 giugno 2003

Fonte: *Bmj.com, Rapid responses*

Mike Stone, chief executive della Patient Association:

"In generale, dobbiamo dare il benvenuto al contratto. Esso fornisce più denaro alle cure primarie. E, si spera, riuscirà ad alleviare la perdita di G.P. del servizio sanitario nazionale."

Joyce Robins, Patient Concer:

"Ci siamo attaccati al sistema attuale, che lega i pazienti alla lista di un singolo G.P., perché i G.P. hanno insistito sull'importanza della continuità dell'assistenza. Appena verrà tolta la copertura ventiquattro ore su ventiquattro, questa continuità uscirà fuori dalla finestra."

Fonte: *Articolo GP contract: The reaction del 21 febbraio 2003, su <http://news.bbc.co.uk>*

Il ruolo dell'ospedale nel sistema che cambia

La suddivisione degli ambiti ove si realizza l'assistenza sanitaria in due grandi aree, l'ospedale ed il territorio, non è un fatto recente. Fino a 30 anni fa il bisogno di cure sanitarie o di assistenza trovava nel nostro paese essenzialmente due tipi di risposta: il medico di famiglia e l'ospedale. L'ospedale garantiva essenzialmente la presenza costante di personale di assistenza (di qualificazione spesso molto approssimativa) e la rassicurante presenza di alcuni medici, solitamente qualificati. La dotazione di tecnologie era estremamente limitata, gli interventi e le procedure che vi si svolgevano sarebbero oggi per la maggior parte considerate di "bassa complessità" e, in molti casi, una tale tipologia di struttura verrebbe classificata più o meno come "residenza protetta", ovvero poco più che "casa di riposo".

Negli anni successivi la situazione è radicalmente cambiata, sia nell'ospedale che nel territorio.

Oggi l'ospedale continua ad essere un punto centrale, ma l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, la progressiva necessità di tecnologie ad alta complessità, la specializzazione sempre più raffinata delle competenze, ne hanno modificato radicalmente le caratteristiche e le attese. Esso è sede riconosciuta di alte competenze professionali, di tecnologie sempre più sofisticate, luogo di formazione e di prestigio professionale, ma è anche divenuto la principale fonte di spesa del sistema sanitario.

Questo aspetto ha accentuato la convinzione che non può più essere considerato la forma prevalente o prioritaria di fornitura dei servizi sanitari. Il problema non è meramente economico, ovvero lo "spendere meno" (economicità), ma lo "spendere meglio", che significa a parità di spesa produrre più salute (efficienza), attraverso percorsi di diagnosi e cura in grado di produrre i migliori risultati (efficacia). Tutto ciò si deve concretizzare anche nella capacità di valutare tempestivamente il bisogno di salute del singolo paziente, di programmare e gestire una "offerta" differenziata sui singoli e specifici problemi, controllare l'utilizzo e l'accessibilità, ottimizzare i profili di cura, sviluppare al massimo l'integrazione tra i diversi settori, in particolare tra ospedale e territorio. Questo approccio sottintende che la gestione dei problemi di salute dei cittadini non possa più essere definita e programmata da singoli soggetti o settori, ma deve avvenire in una logica di rete, o che consideri comunque l'assistenza su livelli differenziati di intensità e complessità, basandosi su criteri e modalità operative concordate tra i diversi soggetti responsabili dell'assistenza ai vari livelli.

Gli ospedali si stanno oggi focalizzando su cure intensive e fasi limitate del decorso delle malattie, dove la criticità delle condizioni giustifica l'alto impegno di ri-

sorse scientifiche, professionali ed economiche. I professionisti più specializzati e le tecnologie più costose vanno però gestiti al meglio delle loro potenzialità, spostando ad altri livelli ciò che non ha le stesse esigenze. Quindi, i pazienti che possono essere gestiti o con accessi limitati agli ospedali (cure ambulatoriali o giornaliere) o presso strutture non dotate di alte tecnologie e cure intensive (residenze sanitarie, strutture protette, ma anche assistenza domiciliare) devono trovare in tali sedi la risposta ai loro bisogni. Ottimizzazione, in questi casi, significa che trattamenti specialisti di alta qualificazione devono essere riservati solo ai casi più complessi, utilizzando le tecnologie appropriate, per tempi limitati, in modo da lasciare spazio ad altri pazienti che presentano gli stessi problemi. Questa impostazione deriva soprattutto dalla constatazione che mantenere una struttura ospedaliera ha dei costi elevatissimi, che devono essere rapportati all'effettivo vantaggio dell'utilizzo di questa forma di erogazione; ma vi sono anche problemi di competenza, perché concentrare l'esperienza dei professionisti sui casi complessi, significa riqualificarli continuamente, e quindi garantire i migliori risultati nei casi più critici.

Con una nota esemplificazione, pensare di risolvere tutti i problemi di salute dei cittadini basandosi sull'ospedale, è come pretendere di avere a disposizione un autocarro per fare la spesa quotidiana dal salumiere e dal fornaio; per questo tipo di necessità consideriamo normale andare a piedi o al massimo in automobile, e utilizzare invece l'autocarro in quei rari casi della nostra vita, in cui, ad esempio, dobbiamo fare un trasloco. L'utilizzo dell'ospedale o delle altre forme di assistenza sanitaria deve essere visto nella stessa logica: è opportuno utilizzare il servizio che meglio si presta alla specifica esigenza che abbiamo di fronte. Prima ancora di fare raffinate analisi di economicità (costo dell'auto-

carro), qualunque persona si fermerebbe al semplice buon senso.

D'altra parte, la medicina è oggi in grado di curare sempre di più, ma non sempre di guarire: persone con problemi di dialisi, trapianto, cardiopatia, diabete, tumore, fino a pochi anni fa avevano una aspettativa di vita estremamente limitata; in questi casi, però, a fronte del successo sulla durata e qualità della vita, è necessario prevedere una tipologia di assistenza diversa, prolungata, che non richiede più una gestione in solo regime di degenza. È necessario in quest'ottica riorganizzare il Sistema Sanitario, rivederne le strutture, in modo che ogni soggetto erogatore previsto si faccia carico di specifiche prestazioni, in un'ottica di sistema e di corretto collegamento e collaborazione con gli altri erogatori del territorio di appartenenza.

A tale proposito, va evidenziato che la necessità di un cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale e l'inserimento dello stesso nella più ampia rete dei servizi sul territorio, sono obiettivi prioritari del nuovo Piano sanitario nazionale 2003-2005, proposto dal Ministro della Salute Girolamo Sirchia ed approvato con DPR 23 maggio 2003.

Occorre, quindi, da un lato concentrare nell'ospedale le terapie complesse e le alte tecnologie e dall'altro potenziare le altre strutture per la diagnosi, la prevenzione, i controlli e la cronicità. Non è un caso che proprio i paesi, quali Canada e Stati Uniti, che hanno maggiormente spinto sull'evoluzione tecnologica e di alto profilo degli ospedali, hanno dall'altro lato creato e sviluppato una rete di servizi, a loro volta differenziati per complessità e tipologia di assistenza, per assistere tutti i pazienti che non sono più assegnati in carico agli ospedali. In quei paesi, ormai, il numero dei posti letto di tipo residenziale, lungo degenziale, ecc. supera nettamente quello dei posti letto ospedalieri. Questa evoluzione pone però nuovi problemi, quali l'edifica-

zione di queste strutture sul piano edilizio, ma anche la creazione di una nuova cultura degli operatori (medici, infermieri ecc.), non più limitata ai soli percorsi diagnostico terapeutici della fase acuta, ma estesa a progetti assistenziali e riabilitativi di lunga durata, o “di vita”.

Sull'altro fronte, questa evoluzione comporta che l'ospedale deve essere ancora più in grado di rispondere a situazioni critiche in tempi rapidi, perché, in termini percentuali, vedrà quote sempre maggiori di pazienti complessi e critici, che dovrà gestire rapidamente attraverso percorsi diagnostico-terapeutici definiti e concordati, utilizzando al meglio le tecnologie ed i professionisti, coordinati ed integrati in un'organizzazione, a sua volta, efficace ed efficiente.

Su questo tema cruciale, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali ha appena concluso un progetto di ricerca, finanziato dal Ministero della Salute, sui “Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia ed assistenza”.

L'ottica con cui sono stati affrontati gli argomenti e le problematiche è rivolta ad un sistema “cittadino centrico” e non “ospedale centrico”, inteso, innanzi tutto, come necessità di un vero collegamento in rete operativa di tutti i Servizi del Sistema Sanitario, a partire da un nuovo modello di ospedale, umanizzato, trasparente, amico e collaborativo, aperto a tutti gli operatori e alla collettività. L'idea di sviluppare una ricerca che consentisse di mettere a punto linee guida per progettare, costruire e gestire ospedali di eccellenza per acuti, ad alta tecnologia ed elevata assistenza, derivava dalla necessità di tenere conto delle profonde rivoluzioni in atto nella sanità che conseguono a una straordinaria evoluzione delle tecnologie: dalla diagnostica per immagini, alle tecniche chirurgiche, anestesologiche e rianimatorie, dalla genetica ai trapianti, ecc. I risultati delle ricerca

sono già disponibili.

Il modello di ospedale ipotizzato è, quindi, una componente di un sistema di assistenza complesso e integrato che dovrebbe sempre più funzionare in modo armonizzato e sinergico, per configurare un'organizzazione a rete dei servizi. L'ospedale è nodo primario di questa rete sanitaria, senza la quale non è in grado di funzionare correttamente, poiché sarebbe subissato da richieste improprie e soffocato dall'erogazione di prestazioni a bassa complessità erogabili meglio, con minor disagio dei cittadini e a minor costo, in altre strutture del sistema, in stretto collegamento sinergico.

È quindi una totale revisione di approccio, un cambiamento di 180 gradi dell'angolo di visuale: tutto deve essere fatto per soddisfare le necessità del singolo cittadino malato e quelle della comunità che lo accoglie, e non per soddisfare tecnicismi o desideri di medici, infermieri, dirigenti, gestori o politici, le cui esigenze vanno ovviamente tenute in conto, ma non devono mai prevaricare quelle delle persone che all'ospedale si rivolgono. Bisogna cioè pensare all'ospedale dal punto di vista degli utilizzatori, e non più solo da quello degli addetti ai lavori: questa che sembra una considerazione ovvia, in realtà, non ha ancora trovato un'adeguata applicazione e rappresenta, a nostro avviso, una rivoluzione epocale, ma assolutamente necessaria.

Questo nuovo approccio, per essere condotto con prospettive di successo, richiede che vengano definiti con esattezza e osservati in tutte le fasi di progettazione, realizzazione e conduzione i principi guida che devono improntare e orientare ogni attività, ogni decisione, la “filosofia” dell'ospedale e dei comportamenti dei suoi operatori, partendo dalla chiara mission dell'ospedale e dagli obiettivi che si pone. Solo in questo modo sarà possibile non deviare, anche involontariamente, dalle linee di comportamento opportune e da una coerente e univoca direzione e sa-

rà possibile definire consequenzialmente le politiche istituzionali, i principi operativi, le procedure da implementare per ottemperare ai principi informativi.

A tale proposito, la Commissione ministeriale isti-

tuita dall'allora Ministro della Sanità Umberto Veronesi, elaborò un decalogo di principi di riferimento per la progettazione, ma anche per la gestione del nuovo ospedale, che si possono così riassumere:

I	UMANIZZAZIONE	Centralità della persona
II	URBANITÀ	Integrazione con il territorio e la città
III	SOCIALITÀ	Appartenenza e solidarietà
IV	ORGANIZZAZIONE	Efficacia, efficienza e benessere percepito
V	INTERATTIVITÀ	Completezza e continuità assistenziale
VI	APPROPRIATEZZA	Correttezza delle cure e dell'uso delle risorse
VII	AFFIDABILITÀ	Sicurezza e tranquillità
VIII	INNOVAZIONE	Rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico, informatico
IX	RICERCA	Impulso all'approfondimento intellettuale e clinico-scientifico
X	FORMAZIONE	Aggiornamento professionale e culturale

Questi principi sono largamente condivisi e crediamo possano essere un riferimento fondamentale

per la visione dell'ospedale di oggi e di domani.

Confronto tra le aziende ospedaliere 2001

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali ha trasmesso agli Assessorati regionali alla sanità alcuni elaborati di confronto che evidenziano, per ciascuna delle aziende ospedaliere, i costi sostenuti, le prestazioni erogate e i fattori produttivi impiegati nell'anno 2001.

L'analisi è stata condotta utilizzando la metodologia seguita, per il medesimo confronto, nell'anno 2000. Nell'esame dei dati – che vengono riportati nelle tabelle seguenti – è necessario tenere presente che le Regioni adottano proprie normative contabili e che pertanto la confrontabilità potrebbe risentire di alcune difformità in merito all'attribuzione dei costi relativi ad alcune voci di bilancio, come ad esempio l'IRAP, gli ammortamenti, gli accantonamenti e le valutazioni delle rimanenze.

È altresì necessario per la confrontabilità dei dati tenere conto degli indicatori che misurano la complessità della casistica trattata dalle diverse aziende ospedaliere.

Distribuzione Aziende Ospedaliere in Italia - Anno 2001



Totale A.O. 98

Tabella A - Indicatori di attività

Regione	Cod. A.O.	Denominazione A.O.	Totale posti letto	Peso Medio DRG	Indice di attrazione
Piemonte	901	S.GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	1.545	1,76	8,58
	902	CTO CRF M.ADELAIDE	542	1,57	8,55
	903	O.I.R.M., S.ANNA	976	0,78	7,35
	904	S. LUIGI GONZAGA	418	1,41	4,84
	905	MAGGIORE DELLA CARITA'	849	1,37	7,22
	906	S. CROCE E CARLE	834	1,29	4,31
	907	SS.ANTONIO E BIAGIO - C.ARRIGO	720	1,41	6,29
		Media Regionale		1,33	6,95
	Media Nazionale		1,19	6,98	
Lombardia	951	MACCHIVA	1.497	1,25	5,18
	952	S.ANTONIO ABATE	816	1,03	8,68
	953	OSP.DI CIRCOLO BUSTO A.	1.442	1,10	5,24
	954	SPEDALI CIVILI BRESCIA	2.521	1,18	7,55
	955	MELLINI CHIARI	480	1,05	3,07
	956	DESENZANO DEL GARDA	992	1,06	5,92
	957	IST. OSPITALIERI - CREMONA	1.095	1,21	11,00
	958	OSP.MAGGIORE DI CREMA	566	1,12	3,02
	959	S.ANNA COMO	1.190	1,09	3,23
	960	OSP.DI CIRCOLO LECCO	1.168	1,11	3,39
	961	E MORELLI SONDALO	577	1,26	11,79
	962	OSP.RIUNITI BERGAMO	1.442	1,28	5,80
	963	OSP.TREVIGLIO E CARAVAGGIO	872	0,99	2,54
	964	BOLOGNINI SERIATE	990	1,06	2,53
	965	IST. OSPITALIERI C POMA MANTOVA	1.279	1,16	8,46
	966	L. SACCO MI	649	1,50	9,08
	967	OSP.NIGUARDA CA GRANDA	1.378	1,55	12,83
	968	OICP MI	1.087	0,83	7,51
	969	OFBF MI	678	1,05	9,82
	970	S. PAOLO MI	580	1,09	6,60
	971	G. PINI MI	462	1,19	18,16
	972	S. CARLO MI	769	1,23	5,69
	973	OSP.CIVILE LEGNANO	1.797	1,16	8,00
	974	G. SALVINI GARBAGNATE	1.452	1,10	3,88
	975	OSP.DI CIRCOLO MELEGNANO	991	1,07	3,76
	976	OSPCIVILE VIMERCATE	1.667	1,05	3,13
	977	S. GERARDO DEI TINTORI	1.506	1,20	7,48
	Media Regionale		1,14	6,44	
	Media Nazionale		1,19	6,98	

Fonte: Elaborazioni ASSR su dati SIS

Confronto tra le aziende ospedaliere 2001

Peso ricoveri citt. non residenti	% Ricoveri con peso >2,5/Tot ric.ord.	% Ric.dh/Ric. tot	Degenza media	Indice di rotazione	Intervallo di turnover	Tasso di occupazione
2,24	14,16	39,42	11,57	29,11	0,97	92,29
1,62	17,65	25,73	12,33	21,39	4,73	72,27
0,98	3,38	33,72	4,62	50,81	2,56	64,38
1,54	10,36	44,31	10,65	28,33	2,23	82,71
1,74	9,73	30,12	7,90	32,18	3,45	69,62
1,44	9,07	22,37	7,44	34,55	3,12	70,46
1,49	9,95	26,06	8,43	34,54	2,13	79,80
1,61	9,70	32,61	8,40	33,59	2,47	77,28
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,49	8,17	29,42	8,70	30,62	3,22	72,97
0,98	3,94	16,75	7,62	36,67	2,33	76,56
1,16	5,49	20,39	7,52	35,68	2,71	73,46
1,32	7,44	22,71	6,73	38,93	2,65	71,77
1,00	3,88	14,67	5,85	45,15	2,24	72,35
1,06	5,28	17,66	5,97	47,57	1,71	77,74
1,12	6,83	17,23	7,31	31,84	4,15	63,81
1,22	5,14	22,73	7,51	35,93	2,65	73,92
1,15	5,17	26,28	7,23	36,77	2,70	72,85
1,15	5,54	18,11	8,00	33,30	2,97	72,94
1,25	8,66	20,44	10,50	23,43	5,07	67,42
2,02	8,28	27,88	7,12	35,51	3,16	69,28
0,94	3,57	27,49	6,38	42,90	2,13	74,94
1,05	5,29	20,54	6,76	38,15	2,81	70,68
1,13	6,62	20,75	6,90	43,73	1,44	82,73
1,45	10,05	30,95	9,26	30,62	2,66	77,66
1,85	11,97	33,18	9,84	29,99	2,33	80,85
1,21	3,63	36,82	5,78	46,01	2,16	72,83
1,04	5,57	37,76	7,00	38,64	2,45	74,09
1,26	5,57	40,37	6,51	47,23	1,22	84,17
1,22	10,71	34,88	8,16	31,72	3,34	70,95
1,26	7,36	21,14	10,93	26,76	2,72	80,09
1,19	6,44	23,24	7,14	33,55	3,74	65,63
1,22	5,20	26,62	8,95	28,50	3,86	69,87
1,07	4,89	17,92	6,29	38,01	3,31	65,56
1,12	4,48	21,48	6,73	38,74	2,69	71,40
1,28	7,46	30,87	8,66	33,74	2,16	80,07
1,27	6,30	25,31	7,40	36,10	2,71	73,19
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28

segue a pag. 52

Tabella A - Indicatori di attività (segue)

Regione	Cod. A.O.	Denominazione A.O.	Totale posti letto	Peso Medio DRG	Indice di attrazione
Veneto	901	PADOVA	1.999	1,39	15,10
	902	VERONA	1.975	1,34	16,04
		Media Regionale		1,36	15,60
		Media Nazionale		1,19	6,98
Friuli Venezia Giulia	910	S. MARIA MISERICORDIA	1.013	1,57	5,30
	911	OSPEDALI RIUNITI	1.289	1,36	3,86
	912	S. MARIA DEGLI ANGELI	750	1,26	12,45
		Media Regionale		1,40	6,73
	Media Nazionale		1,19	6,98	
Liguria	910	S. CORONA	560	1,30	19,97
	920	OSP.AZ. 'VILLA SCASSI'	487	1,40	6,46
	930	S. MARTINO	2.249	1,42	9,12
		Media Regionale		1,38	11,00
	Media Nazionale		1,19	6,98	
Emilia Romagna	902	AZ. OSP. DI PARMA	1.539	1,40	12,09
	903	ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA	889	1,24	7,87
	904	AZ. OSP. DI MODENA	1.016	1,22	11,34
	908	AZ. OSP. POL. S. ORSOLA-MALPIGHI	1.855	1,37	16,27
	909	AZ. OSP. ARCISPEDALE S. ANNA	913	1,27	11,48
		Media Regionale		1,32	12,45
	Media Nazionale		1,19	6,98	
Toscana	901	AZ. OSP. PISANA	1.740	1,47	19,95
	902	SPEDALI RIUNITI	992	1,42	24,03
	903	CAREGGI	1.950	1,35	11,25
	904	MEYER	141	1,01	12,65
		Media Regionale		1,39	16,74
	Media Nazionale		1,19	6,98	
Umbria	901	POLICLINICO MONTELUCE	993	1,31	15,72
	902	OSP. CIVILE S. MARIA	701	1,18	19,09
		Media Regionale		1,26	16,94
		Media Nazionale		1,19	6,98
Marche	901	OSPEDALE S. SALVATORE	428	1,22	9,94
	902	OSPEDALE LANCISI	130	2,72	16,04
	903	OSPEDALE PEDIATRICO SALES	246	0,79	10,47
	904	TORRETTE - UMBERTO I	735	1,50	13,74
		Media Regionale		1,38	12,23
	Media Nazionale		1,19	6,98	
Lazio	901	COMPL. OSP. S. CAMILLO FORLANINI	1.864	1,34	8,11
	902	S. GIOVANNI E ADDOLORATA	1.115	1,25	5,50
	903	S. FILIPPO NERI	930	1,42	4,93
		Media Regionale		1,33	6,63
	Media Nazionale		1,19	6,98	

Fonte: Elaborazioni ASSR su dati SIS

Confronto tra le aziende ospedaliere 2001

Peso ricoveri citt. non residenti	% Ricoveri con peso >2,5/Tot ric.ord.	% Ric.dh/Ric. tot	Degenza media	Indice di rotazione	Intervallo di turnover	Tasso di occupazione
1,68	10,62	31,59	8,91	31,87	2,55	77,76
1,76	11,25	28,96	8,76	36,01	1,37	86,47
1,72	10,95	30,22	8,83	33,95	1,92	82,13
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,95	12,63	24,96	9,18	29,02	3,40	73,00
1,34	8,81	17,76	10,76	25,15	3,75	74,17
1,29	7,80	18,46	6,44	31,72	5,06	55,99
1,47	9,84	20,56	9,03	28,04	3,99	69,33
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,46	10,96	27,94	7,93	39,65	1,28	86,13
1,35	10,31	34,43	7,99	39,96	1,14	87,53
1,95	10,01	30,77	9,87	27,73	3,29	75,00
1,69	10,27	30,88	9,11	31,54	2,46	78,72
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,63	10,19	27,64	8,05	33,69	2,79	74,29
1,22	6,69	34,85	7,23	42,07	1,45	83,34
1,48	7,55	29,15	7,23	42,63	1,33	84,50
1,54	9,60	25,42	7,94	36,38	2,09	79,12
1,25	8,30	37,19	7,82	39,87	1,33	85,46
1,48	8,72	30,01	7,71	37,98	1,90	80,22
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,38	11,70	28,20	7,62	33,43	3,30	69,80
1,31	9,02	26,08	8,49	32,29	2,81	75,12
1,39	10,14	22,44	7,84	37,40	1,92	80,31
1,14	6,13	46,25	4,80	55,06	1,83	72,37
1,35	10,28	26,50	7,77	35,37	2,56	75,24
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,44	8,82	31,52	6,43	45,81	1,54	80,65
1,23	7,75	38,41	8,19	35,71	2,04	80,08
1,35	8,43	34,18	7,06	41,57	1,72	80,41
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,47	6,83	33,48	6,94	40,63	2,04	77,26
2,48	28,53	10,01	7,57	41,43	1,24	85,96
0,94	2,79	24,74	4,64	58,36	1,62	74,11
1,36	12,13	26,11	7,80	36,93	2,09	78,87
1,43	10,16	26,74	6,85	41,76	1,89	78,33
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,50	9,89	28,39	9,58	31,46	2,02	82,57
1,28	8,61	24,00	9,59	30,88	2,23	81,15
1,63	9,94	32,64	8,91	30,90	2,90	75,47
1,47	9,53	28,20	9,43	31,17	2,28	80,54
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28

Tabella A - Indicatori di attività (segue)

Regione	Cod. A.O.	Denominazione A.O.	Totale posti letto	Peso Medio DRG	Indice di attrazione
Campania	901	CARDARELLI	1.110	0,99	1,76
	902	SANTOBONO-PAUSILLIPON	429	0,67	1,89
	903	MONALDI	641	1,52	1,99
	904	S. GIOVANNI DI DIO E RUG. D'AR.	777	1,14	2,92
	905	S. GIUSEPPE MOSCATI	580	1,18	1,83
	906	G. RUMMO	397	1,00	2,55
	907	OSP. MULTIZONALE DI CASERTA	615	1,15	2,02
	912	COTUGNO	241	1,40	2,92
			Media Regionale		1,08
		Media Nazionale		1,19	6,98
Puglia	903	AZ. OSP. DI BARI	667	0,93	3,43
	904	V. FAZZI	790	1,25	1,42
	907	OSP. CONSORZIALE POLICLINICO	1.508	1,18	6,62
	908	OSP. DI SUMMA BRINDISI	759	1,02	2,30
	909	OSP. SS. ANNUNZIATA	804	1,09	3,03
	910	OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA	1.048	1,00	3,69
			Media Regionale		1,08
		Media Nazionale		1,19	6,98
Basilicata	901	SAN CARLO	895	1,16	8,44
	902	OSPEDALE ONCOLOGICO REGIONALE	n.d.	1,04	30,58
			Media Regionale		1,16
		Media Nazionale		1,19	6,98
Calabria	912	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	819	1,11	2,16
	913	AZ. OSP. PUGLIESE - CIACCIO CT	738	0,98	2,07
	914	MATER DOMINI	199	1,16	3,47
	915	A.O. BIANCHI MELACRINO MORELLI	668	1,21	4,46
			Media Regionale		1,10
		Media Nazionale		1,19	6,98
Sicilia	901	A.R.N. CIV. DI CRISTINA E M.ASCOLI	1.253	1,02	1,42
	902	AZIENDA OSPEDALIERA GARIBALDI	949	1,05	0,84
	903	A.O.VEMANUELE FERRAROTTO S.B.	1.007	1,12	1,27
	904	S. ELIA	404	1,04	0,89
	905	CANNIZZARO	475	1,06	1,51
	906	PAPARDO	421	1,13	3,43
	907	VILLA SOFIA E CTO	498	1,01	0,72
	908	S. GIOVANNI DI DIO	352	0,82	1,61
	909	A.O.GRAVINA	475	0,75	0,70
	910	UMBERTO I	372	0,97	0,80
	911	AZ. OSP.VITTORIO EMANUELE	253	0,84	1,23
	912	PIEMONTE	312	1,01	2,14
	913	CERVELLO	413	1,27	1,14
	914	OSPEDALE CIVILE - M. PAREZZO	442	0,98	0,80
	915	UMBERTO I	492	0,91	1,09
	916	S. ANTONIO ABATE	399	0,91	1,83
	917	SCIACCA	239	1,02	1,18
		Media Regionale		1,01	1,31
		Media Nazionale		1,19	6,98
Sardegna	904	OSPEDALE BROTZU	752	1,12	1,21
		Media Regionale		1,12	1,21
		Media Nazionale		1,19	6,98

Fonte: Elaborazioni ASSR su dati SIS

Confronto tra le aziende ospedaliere 2001

Peso ricoveri citt. non residenti	% Ricoveri con peso >2,5/Tot ric.ord.	% Ric.dh/Ric. tot	Degenza media	Indice di rotazione	Intervallo di turnover	Tasso di occupazione
1,00	3,42	23,97	4,62	72,95	0,38	92,43
0,80	1,58	20,51	3,38	63,38	2,38	58,65
1,86	7,58	38,84	7,62	42,34	1,00	88,40
1,16	5,74	8,28	6,44	46,74	1,37	82,44
1,21	3,64	39,50	6,95	46,50	0,90	88,48
0,97	1,80	38,66	6,04	53,09	0,84	87,80
1,10	3,76	23,51	6,99	44,03	1,30	84,30
1,86	2,21	55,60	8,96	21,25	8,22	52,16
1,15	3,92	27,80	5,77	52,65	1,16	83,26
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
0,98	3,74	11,43	5,61	54,65	1,06	84,06
1,29	8,58	7,76	6,69	34,25	3,96	62,81
1,21	6,32	30,80	7,21	40,20	1,87	79,40
1,04	4,59	13,19	7,66	36,70	2,28	77,05
1,22	4,66	9,53	6,36	42,65	2,20	74,31
1,11	4,49	16,05	6,15	46,31	1,74	77,98
1,14	5,37	17,67	6,61	42,07	2,07	76,13
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,55	6,59	20,42	7,28	38,79	2,13	77,37
1,07	3,48	67,87	6,77	n.d.	n.d.	n.d.
1,50	6,51	23,48	7,27	38,79	2,13	77,37
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,32	5,60	25,81	7,47	40,62	1,51	83,16
0,95	2,79	24,67	6,32	44,28	1,92	76,65
1,12	4,85	49,16	6,06	32,42	5,20	53,84
1,50	7,11	35,32	7,09	43,71	1,26	84,96
1,29	5,07	30,20	6,91	41,96	1,79	79,44
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,76	5,95	31,02	5,91	44,95	2,21	72,83
1,04	3,92	28,14	6,44	46,83	1,35	82,70
1,26	5,80	37,67	5,59	49,34	1,80	75,60
0,91	3,82	33,06	4,99	56,93	1,42	77,82
1,32	5,57	10,35	5,23	59,34	0,92	85,08
1,15	5,54	44,48	6,00	44,15	2,27	72,56
0,87	4,28	29,30	6,46	48,11	1,13	85,10
0,69	1,69	15,42	3,90	68,06	1,47	72,64
0,80	1,81	38,16	4,46	8,75	n.d.	n.d.
0,97	3,33	39,25	7,01	28,35	5,87	54,42
0,79	1,00	17,22	4,74	68,00	0,63	88,21
0,97	3,10	41,43	6,26	36,20	3,82	62,07
1,12	6,19	35,97	7,28	40,62	1,70	81,03
0,87	4,20	32,06	4,86	54,61	1,82	72,71
0,82	2,46	19,89	4,77	62,06	1,11	81,10
0,74	3,22	35,35	4,36	62,77	1,46	74,97
0,84	4,46	37,58	5,23	44,33	3,01	63,49
1,11	4,31	30,48	5,55	47,32	2,17	71,91
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28
1,15	5,47	16,61	5,72	43,62	2,65	68,39
1,15	5,47	16,61	5,72	43,62	2,65	68,39
1,40	7,09	27,18	7,27	38,31	2,26	76,28

Tabella B - Indicatori di struttura

Regione	Cod.A.O.	Denominazione Azienda	Totale posti letto	% PL.Terap. Intens./Tot.PL.	Tot pers. x pl	Medici x pl	Infermieri x pl	Dimessi x medico	Dimessi x infermiere
Piemonte	901	S.GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	1.545	3,50	3,56	0,62	1,38	68,02	30,55
	902	CTO CRF M.ADELAIDE	542	3,51	3,41	0,48	1,24	56,37	21,66
	903	O.I.R.M., S.ANNA	976	4,51	2,72	0,45	1,03	140,12	61,55
	904	S. LUIGI GONZAGA	418	1,20	3,19	0,53	1,11	82,96	39,86
	905	MAGGIORE DELLA CARITA'	849	5,42	2,46	0,41	0,98	99,32	41,95
	906	S. CROCE E CARLE	834	3,24	2,36	0,41	1,12	99,31	36,18
	907	SS.ANTONIO E BIAGIO - C.ARRIGO	720	3,61	2,78	0,44	1,07	93,14	38,52
		Media Regionale		3,76	2,96	0,49	1,16	89,38	37,94
	Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84	
Lombardia	951	MACCHIVA	1.497	2,20	2,67	0,40	1,07	99,68	37,26
	952	S.ANTONIO ABATE	816	0,98	2,21	0,32	0,91	127,39	44,29
	953	OSP. DI CIRCOLO BUSTO A.	1.442	0,97	2,24	0,32	1,05	133,09	40,71
	954	SPEDALI CIVILI BRESCIA	2.521	2,14	2,53	0,35	1,04	130,28	44,22
	955	MELLINI CHIARI	480	0,42	3,01	0,36	1,16	133,97	41,46
	956	DESENZANO DEL GARDA	992	1,51	2,68	0,34	1,13	155,67	46,46
	957	IST. OSPITALIERI - CREMONA	1.095	2,01	2,23	0,31	1,00	120,24	36,85
	958	OSP. MAGGIORE DI CREMA	566	1,41	2,32	0,35	0,98	119,63	42,97
	959	S.ANNA COMO	1.190	2,52	2,96	0,37	1,30	120,41	34,13
	960	OSP. DI CIRCOLO LECCO	1.168	3,85	2,36	0,34	1,12	111,13	33,83
	961	E MORELLI SONDALO	577	1,39	2,43	0,23	0,75	116,72	35,95
	962	OSP. RIUNITI BERGAMO	1.442	3,40	2,58	0,36	1,26	123,32	35,44
	963	OSP. TREVIGLIO E CARAVAGGIO	872	0,80	2,36	0,32	1,09	168,42	49,74
	964	BOLOGNINI SERIATE	990	0,30	2,44	0,30	1,12	148,08	39,56
	965	IST. OSPITALIERI C POMA MANTOVA	1.279	1,72	2,97	0,39	1,35	128,21	37,32
	966	L. SACCO MI	649	1,23	2,47	0,47	0,99	82,78	39,58
	967	OSP. NIGUARDA CA GRANDA	1.378	2,32	3,24	0,49	1,21	81,82	33,43
	968	OICP MI	1.087	4,14	2,77	0,44	1,06	140,36	58,80
	969	OFBF MI	678	3,24	3,08	0,51	1,30	108,05	42,56
	970	S. PAOLO MI	580	0,86	2,94	0,52	1,29	135,68	54,42
	971	G. PINI MI	462	n.d.	1,95	0,33	0,69	136,64	66,38
	972	S. CARLO MI	769	1,17	2,63	0,39	1,20	82,51	26,82
	973	OSP. CIVILE LEGNANO	1.797	1,06	2,12	0,30	0,91	133,86	44,81
	974	G. SALVINI GARBAGNATE	1.452	1,72	2,73	0,36	1,10	97,59	31,94
	975	OSP. DI CIRCOLO MELEGNANO	991	1,61	2,40	0,39	1,08	106,65	38,03
	976	OSP. CIVILE VIMERCATE	1.667	1,14	2,35	0,37	1,02	118,56	42,92
	977	S. GERARDO DEI TINTORI	1.506	1,46	2,45	0,42	1,06	105,84	41,95
	Media Regionale		1,81	2,55	0,37	1,09	118,96	40,46	
	Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84	

Fonte: Elaborazioni ASSR su dati SIS

Confronto tra le aziende ospedaliere 2001

Regione	Cod.A.O.	Denominazione Azienda	Totale	% PL.Terap.	Tot pers.	Medici	Infermieri	Dimessi	Dimessi
			posti letto	Intens./Tot. PL.	x pl	x pl	x pl	x medico	x infermiere
Veneto	901	PADOVA	1.999	4,00	2,35	0,30	1,27	137,76	32,95
	902	VERONA	1.975	4,51	2,52	0,32	1,16	142,83	40,10
		Media Regionale		4,25	2,43	0,31	1,21	140,36	36,34
		Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84
Friuli Venezia Giulia	910	S. MARIA MISERICORDIA	1.013	2,17	2,66	0,37	1,28	97,19	27,75
	911	OSPEDALI RIUNITI	1.289	1,32	2,25	0,27	0,99	104,29	28,64
	912	S. MARIA DEGLI ANGELI	750	1,60	2,41	0,35	1,08	100,47	32,91
		Media Regionale		1,67	2,42	0,32	1,11	100,59	29,32
	Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84	
Liguria	910	S. CORONA	560	2,14	2,43	0,38	0,97	135,45	52,29
	920	OSP.AZ. 'VILLA SCASSI'	487	4,72	2,33	0,42	0,97	126,66	54,78
	930	S. MARTINO	2.249	3,51	2,16	0,39	0,92	93,73	39,57
		Media Regionale		3,31	2,23	0,39	0,94	105,77	44,15
	Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84	
Emilia Romagna	902	AZ. OSP. DI PARMA	1.539	3,90	2,17	0,37	0,97	113,66	43,02
	903	ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA	889	1,35	2,49	0,41	1,07	139,66	53,25
	904	AZ. OSP. DI MODENA	1.016	3,54	2,48	0,46	1,08	111,31	47,76
	908	AZ. OSP. POL. S. ORSOLA-MALPIGHI	1.855	3,23	2,84	0,47	1,10	94,51	40,66
	909	AZ. OSP. ARCISPEDALE S. ANNA	913	3,94	2,72	0,49	1,18	103,25	43,26
		Media Regionale		3,28	2,55	0,44	1,07	108,82	44,58
	Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84	
Toscana	901	AZ. OSP. PISANA	1.740	3,33	2,43	0,50	1,07	83,73	38,83
	902	SPEDALI RIUNITI	992	2,82	2,74	0,56	1,03	73,65	40,04
	903	CAREGGI	1.950	3,18	3,12	0,53	1,36	81,04	31,76
	904	MEYER	141	17,02	4,45	0,91	1,96	92,91	43,27
		Media Regionale		3,57	2,83	0,54	1,21	80,95	36,02
	Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84	
Umbria	901	POLICLINICO MONTELUCE	993	2,82	2,82	0,58	1,09	98,12	51,73
	902	OSP. CIVILE S. MARIA	701	1,71	2,01	0,45	0,94	110,86	53,33
		Media Regionale		2,36	2,48	0,53	1,03	102,67	52,34
		Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84
Marche	901	OSPEDALE S. SALVATORE	428	1,64	2,55	0,41	1,12	128,02	47,40
	902	OSPEDALE LANCISI	130	8,46	3,55	0,58	1,92	77,96	23,48
	903	OSPEDALE PEDIATRICO SALES	246	3,66	2,10	0,38	1,00	183,44	69,35
	904	TORRETTE - UMBERTO I	735	6,67	2,81	0,60	1,21	75,08	37,29
		Media Regionale		4,94	2,68	0,51	1,21	100,13	42,28
	Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84	
Lazio	901	COMPL. OSP. S. CAMILLO FORLANINI	1.864	3,38	3,35	0,53	1,46	72,18	26,08
	902	S. GIOVANNI E ADDOLORATA	1.115	4,04	2,52	0,50	1,14	71,89	31,92
	903	S. FILIPPO NERI	930	3,66	2,18	0,48	1,04	79,32	36,41
		Media Regionale		3,22	2,84	0,51	1,27	73,69	29,58
	Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84	

Fonte: Elaborazioni ASSR su dati SIS

segue a pag. 58

Tabella B - Indicatori di struttura (segue)

Regione	Cod.A.O.	Denominazione Azienda	Totale posti letto	% PL.Terap. Intens./Tot.PL.	Tot pers. x pl	Medici x pl	Infermieri x pl	Dimessi x medico	Dimessi x infermiere
Campania	901	CARDARELLI	1.110	3,51	3,22	0,71	1,33	121,98	65,25
	902	SANTOBONO-PAUSILLIPON	429	5,59	3,28	0,70	1,55	105,09	47,65
	903	MONALDI	641	4,68	2,86	0,45	1,20	140,11	52,95
	904	S. GIOVANNI DI DIO E RUG. D'AR.	777	3,47	2,53	0,53	1,03	92,81	47,10
	905	S. GIUSEPPE MOSCATI	580	3,28	2,46	0,61	0,87	104,95	73,07
	906	G. RUMMO	397	1,01	3,17	0,77	1,54	95,59	47,95
	907	OSP. MULTIZONALE DI CASERTA	615	4,88	2,16	0,57	1,00	91,92	52,40
	912	COTUGNO	241	2,49	2,81	0,37	1,07	111,85	38,74
			Media Regionale		3,74	2,81	0,60	1,19	109,09
		Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84
Puglia	903	AZ. OSP. DI BARI	667	4,05	2,73	0,52	1,15	106,65	48,80
	904	V. FAZZI	790	5,19	1,69	0,32	0,92	111,82	39,44
	907	OSP. CONSORZIALE POLICLINICO	1.508	1,26	2,61	0,59	0,83	88,72	62,58
	908	OSP. DI SUMMA BRINDISI	759	3,16	1,49	0,33	0,72	117,07	52,86
	909	OSP. SS. ANNUNZIATA	804	5,72	1,71	0,33	0,82	139,46	55,87
	910	OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA	1.048	4,58	1,71	0,35	0,69	148,79	74,70
			Media Regionale		3,68	2,04	0,42	0,84	111,71
		Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84
Basilicata	901	SAN CARLO	895	1,12	1,69	0,34	0,76	137,82	61,01
	902	OSPEDALE ONCOLOGICO REGIONALE	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	89,38	57,20
				Media Regionale	1,12	1,69	0,34	0,76	133,17
			Media Nazionale	2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84
Calabria	912	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	819	2,69	2,28	0,51	0,93	96,10	53,24
	913	AZ. OSP. PUGLIESE - CIACCIO CT	738	1,76	2,56	0,50	0,99	104,04	52,73
	914	MATER DOMINI	199	3,02	1,97	0,43	0,39	119,28	129,99
	915	A.O. BIANCHI MELACRINO MORELLI	668	4,34	2,49	0,53	1,13	108,62	50,80
			Media Regionale		2,89	2,40	0,51	0,96	103,69
		Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84
Sicilia	901	A.R.N. CIV. DI CRISTINA E M. ASCOLI	1.253	4,39	2,74	0,54	1,20	105,57	47,59
	902	AZIENDA OSPEDALIERA GARIBALDI	949	2,42	2,32	0,55	0,91	108,25	65,03
	903	A.O.V. EMANUELE FERRAROTTO S.B.	1.007	3,18	2,60	0,62	0,94	114,06	74,92
	904	S. ELIA	404	4,95	2,52	0,41	0,99	182,03	75,01
	905	CANNIZZARO	475	1,89	2,07	0,63	0,86	101,18	73,47
	906	PAPARDO	421	0,71	2,71	0,65	1,07	105,75	64,16
	907	VILLA SOFIA E CTO	498	2,61	3,32	0,71	1,05	88,28	59,59
	908	S. GIOVANNI DI DIO	352	2,27	1,74	0,35	0,70	215,02	106,21
	909	A.O. GRAVINA	475	1,68	2,16	0,32	0,80	n.d.	n.d.
	910	UMBERTO I	372	2,42	2,15	0,35	0,77	112,43	52,07
	911	AZ. OSP. VITTORIO EMANUELE	253	1,58	1,86	0,38	0,73	186,77	95,91
	912	PIEMONTE	312	1,28	2,76	0,60	1,04	94,04	53,99
	913	CERVELLO	413	3,39	2,59	0,56	0,95	99,42	58,44
	914	OSPEDALE CIVILE - M. PAREZZO	442	2,04	2,05	0,43	0,89	158,22	76,51
	915	UMBERTO I	492	2,44	2,14	0,41	0,93	171,99	75,10
	916	S. ANTONIO ABATE	399	4,01	2,11	0,42	0,81	183,16	94,12
	917	SCIACCA	239	1,67	1,81	0,43	0,70	126,87	78,25
		Media Regionale		2,78	2,41	0,51	0,94	117,27	63,76
		Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84
Sardegna	904	OSPEDALE BROTZU	752	2,39	2,39	0,47	0,93	102,82	51,63
		Media Regionale		2,39	2,39	0,47	0,93	102,82	51,63
		Media Nazionale		2,78	2,54	0,44	1,08	108,24	43,84

Fonte: Elaborazioni ASSR su dati SIS

Tabella C - Indicatori di costo

Regione	Codice A.O.	Denominazione Azienda	Totale posti letto	Costo medio per ricovero	Costo medio per gg degenza	Costo medio per PL	Costo medio Personale
Piemonte	901	S.GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	1.545	6.141	766	259.020	39.181
	902	CTO CRF M.ADELAIDE	542	7.837	816	211.098	39.115
	903	O.I.R.M., S.ANNA	976	2.615	732	165.549	38.594
	904	S. LUIGI GONZAGA	418	4.308	611	189.794	37.200
	905	MAGGIORE DELLA CARITA'	849	4.196	657	172.289	40.670
	906	S. CROCE E CARLE	834	3.836	602	155.775	39.959
	907	SS.ANTONIO E BIAGIO - C.ARRIGO	720	4.258	617	175.150	38.836
		Media Regionale		4.482	699	196.772	39.160
		Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979
Lombardia	951	MACCHIVA	1.497	3.489	517	138.927	35.690
	952	S.ANTONIO ABATE	816	2.567	382	103.786	36.631
	953	OSP.DI CIRCOLO BUSTO A.	1.442	2.926	458	124.494	39.824
	954	SPEDALI CIVILI BRESCIA	2.521	3.093	535	142.718	36.630
	955	MELLINI CHIARI	480	2.949	562	142.381	36.413
	956	DESENZANO DEL GARDA	992	2.507	472	131.399	36.562
	957	IST. OSPITALIERI - CREMONA	1.095	3.625	562	133.330	40.191
	958	OSP. MAGGIORE DI CREMA	566	2.981	452	125.392	39.087
	959	S.ANNA COMO	1.190	3.725	618	165.473	37.962
	960	OSP.DI CIRCOLO LECCO	1.168	3.646	511	137.709	36.898
	961	E MORELLI SONDALO	577	3.958	459	107.274	31.755
	962	OSP. RIUNITI BERGAMO	1.442	3.537	576	157.590	37.662
	963	OSP.TREVIGLIO E CARAVAGGIO	872	2.196	444	118.755	38.571
	964	BOLOGNINI SERIATE	990	2.494	431	110.438	37.537
	965	IST. OSPITALIERI C POMA MANTOVA	1.279	3.625	600	182.061	39.662
	966	L. SACCO MI	649	4.948	685	193.747	43.079
	967	OSP. NIGUARDA CA GRANDA	1.378	5.440	687	219.328	40.262
	968	OICP MI	1.087	2.342	543	146.078	37.040
	969	OFBF MI	678	2.933	602	162.186	39.450
	970	S. PAOLO MI	580	2.535	543	177.879	39.393
	971	G. PINI MI	462	3.221	539	146.719	37.289
	972	S. CARLO MI	769	4.913	541	158.683	40.469
	973	OSP. CIVILE LEGNANO	1.797	2.755	461	112.254	38.204
	974	G. SALVINI GARBAGNATE	1.452	3.725	521	130.927	36.074
	975	OSP.DI CIRCOLO MELEGNANO	991	2.902	518	119.610	38.999
	976	OSPCIVILEVIMERCATE	1.667	2.844	485	125.020	39.101
	977	S. GERARDO DEI TINTORI	1.506	3.138	458	140.027	38.705
	Media Regionale		3.227	526	142.258	38.090	
	Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979	

I costi sono espressi in euro
Fonte: Elaborazioni ASSR su dati SIS

Tabella C - Indicatori di costo (segue)

Regione	Codice A.O.	Denominazione Azienda	Totale posti letto	Costo medio per ricovero	Costo medio per gg degenza	Costo medio per PL	Costo medio Personale
Veneto	901	PADOVA	1.999	4.218	618	176.173	40.420
	902	VERONA	1.975	3.489	470	161.734	39.554
		Media Regionale		3.837	537	168.997	39.975
		Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979
Friuli Venezia Giulia	910	S. MARIA MISERICORDIA	1.013	4.676	575	166.002	37.169
	911	OSPEDALI RIUNITI	1.289	4.515	475	127.472	36.991
	912	S. MARIA DEGLI ANGELI	750	3.518	617	125.357	33.366
		Media Regionale		4.304	539	139.741	36.170
	Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979	
Liguria	910	S. CORONA	560	3.008	473	152.777	39.368
	920	OSP.AZ. 'VILLA SCASSI'	487	2.686	416	143.218	44.227
	930	S. MARTINO	2.249	3.634	449	132.217	36.421
		Media Regionale		3.323	448	137.336	38.175
	Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979	
Emilia Romagna	902	AZ. OSP. DI PARMA	1.539	3.418	473	142.363	35.371
	903	ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA	889	2.822	434	160.913	41.477
	904	AZ. OSP. DI MODENA	1.016	3.551	547	183.610	36.624
	908	AZ. OSP. POL. S. ORSOLA-MALPIGHI	1.855	3.880	538	173.771	35.098
	909	AZ. OSP. ARCISPEDALE S. ANNA	913	3.569	529	181.631	39.637
	Media Regionale		3.493	507	166.914	37.003	
	Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979	
Toscana	901	AZ. OSP. PISANA	1.740	4.386	681	182.156	37.333
	902	SPEDALI RIUNITI	992	3.956	560	162.722	33.172
	903	CAREGGI	1.950	4.438	635	192.183	34.822
	904	MEYER	141	3.136	845	266.617	37.465
		Media Regionale		4.252	641	184.682	35.393
	Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979	
Umbria	901	POLICLINICO MONTELUCE	993	3.122	559	176.460	38.268
	902	OSP. CIVILE S. MARIA	701	2.663	433	133.903	44.124
		Media Regionale		2.945	508	158.849	40.227
	Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979	
Marche	901	OSPEDALE S. SALVATORE	428	3.926	667	207.874	45.918
	902	OSPEDALE LANCISI	130	7.071	1.018	318.023	44.551
	903	OSPEDALE PEDIATRICO SALESÌ	246	1.885	476	130.699	39.831
	904	TORRETTE - UMBERTO I	735	4.774	738	214.581	37.916
		Media Regionale		4.074	703	208.045	41.008
	Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979	
Lazio	901	COMPL. OSP. S. CAMILLO FORLANINI	1.864	5.337	667	203.559	40.864
	902	S. GIOVANNI E ADDOLORATA	1.115	5.037	597	182.848	46.478
	903	S. FILIPPO NERI	930	4.252	572	160.662	45.848
		Media Regionale		4.994	625	187.446	43.200
	Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979	

I costi sono espressi in euro

Fonte: Elaborazioni ASSR su dati SIS

Confronto tra le aziende ospedaliere 2001

Regione	Codice A.O.	Denominazione Azienda	Totale posti letto	Costo medio per ricovero	Costo medio per gg degenza	Costo medio per PL	Costo medio Personale	
Campania	901	CARDARELLI	1.110	2.632	630	228.232	46.709	
	902	SANTOBONO-PAUSILLIPON	429	2.498	835	184.795	42.459	
	903	MONALDI	641	3.158	614	200.866	45.759	
	904	S. GIOVANNI DI DIO E RUG. D'AR.	777	3.723	579	181.466	47.573	
	905	S. GIUSEPPE MOSCATI	580	2.764	497	176.517	50.763	
	906	G. RUMMO	397	2.426	574	178.776	45.611	
	907	OSP. MULTIZONALE DI CASERTA	615	3.068	528	160.512	51.181	
	912	COTUGNO	241	4.868	876	201.071	46.089	
			Media Regionale		2.929	606	192.671	46.999
			Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979
Puglia	903	AZ. OSP. DI BARI	667	2.885	543	161.475	43.312	
	904	V. FAZZI	790	3.601	555	129.976	44.458	
	907	OSP. CONSORZIALE POLICLINICO	1.508	3.404	599	177.429	34.891	
	908	OSP. DI SUMMA BRINDISI	759	4.208	576	160.324	50.897	
	909	OSP. SS. ANNUNZIATA	804	3.275	549	149.956	51.899	
	910	OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA	1.048	2.310	419	119.056	45.685	
			Media Regionale		3.198	542	151.537	42.690
		Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979	
Basilicata	901	SAN CARLO	895	3.116	480	144.411	45.302	
	902	OSPEDALE ONCOLOGICO REGIONALE	n.d.	5.087	1.453	n.d.	36.829	
			Media Regionale	3.243	515	144.411	44.445	
			Media Nazionale	3.391	555	160.816	39.979	
Calabria	912	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	819	3.124	494	154.317	48.113	
	913	AZ. OSP. PUGLIESE -CIACCIO CT	738	3.476	602	180.822	45.796	
	914	MATER DOMINI	199	3.434	759	174.955	48.522	
	915	A.O. BIANCHI MELACRINO MORELLI	668	2.852	498	164.174	41.083	
			Media Regionale	3.173	544	166.797	45.375	
			Media Nazionale	3.391	555	160.816	39.979	
Sicilia	901	A.R.N. CIVICO DI CRISTINA E M.ASCOLI	1.253	3.185	617	181.694	44.821	
	902	AZIENDA OSPEDALIERA GARIBALDI	949	2.695	476	159.548	44.060	
	903	A.O.V.EMANUELE FERRAROTTO S.BAMBINO	1.007	2.417	525	170.845	41.393	
	904	S.ELIA	404	1.948	459	143.921	41.098	
	905	CANNIZZARO	475	2.883	586	182.411	49.905	
	906	PAPARDO	421	2.702	618	185.278	47.049	
	907	VILLA SOFIA E CTO	498	3.123	590	195.396	46.498	
	908	S. GIOVANNI DI DIO	352	1.602	433	119.380	46.518	
	909	A.O. GRAVINA	475	n.d.	n.d.	179.537	40.522	
	910	UMBERTO I	372	2.975	535	118.703	40.576	
	911	AZ. OSP.VITTORIO EMANUELE	253	1.751	375	122.797	46.439	
	912	PIEMONTE	312	2.660	604	149.144	44.542	
	913	CERVELLO	413	3.291	575	182.999	44.243	
	914	OSPEDALE CIVILE - M. P.AREZZO	442	2.143	506	146.504	48.166	
	915	UMBERTO I	492	2.215	491	154.873	46.537	
	916	S.ANTONIO ABATE	399	1.920	467	147.155	52.038	
	917	A.O. SCIACCA	239	2.589	531	141.572	48.610	
		Media Regionale		2.554	532	162.308	45.118	
		Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979	
Sardegna	904	OSPEDALE BROTZU	752	3.075	606	148.020	40.429	
		Media Regionale		3.075	606	148.020	40.429	
		Media Nazionale		3.391	555	160.816	39.979	

I costi sono espressi in euro

Fonte: Elaborazioni ASSR su dati SIS

Ricoveri “a rischio di inappropriatelyzza” 2001

Sulla base delle schede di dimissione ospedaliera dell'anno 2001, sono state predisposte dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali alcune elaborazioni che analizzano,

a livello regionale, per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatelyzza”, di cui all'allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001, il numero dei ricoveri per mille residenti

62

monitor

Riepilogo per Regione dei dati di ricovero 2001 per i 43 DRG a rischio di

Regione	Totale ricoveri* (2001)	Ricoveri ordinari (2001)	Ricoveri DH (2001)	Totale Ricoveri per 1.000 residenti (2001)	Totale Ricoveri per 1.000 residenti (2000)
PIEMONTE	192.805	120.005	72.800	44,95	46,04
VALLE D'AOSTA	5.341	3.095	2.246	44,29	42,69
LOMBARDIA	535.853	356.285	179.568	58,74	57,88
BOLZANO	27.592	23.438	4.154	59,30	57,10
TRENTO	22.210	14.706	7.504	46,48	51,66
VENETO	235.487	134.520	100.967	51,86	52,59
FRIULI VENEZIA G.	50.163	31.848	18.315	42,20	44,32
LIGURIA	103.118	65.390	37.728	63,61	64,86
EMILIA ROMAGNA	216.087	105.678	110.409	53,91	55,90
TOSCANA	181.478	106.287	75.191	51,16	50,82
UMBRIA	55.741	29.374	26.367	66,32	69,02
MARCHE	84.983	52.913	32.070	57,84	57,58
LAZIO	327.372	224.037	103.335	61,74	58,51
ABRUZZO	104.297	78.142	26.155	81,40	77,26
MOLISE	20.555	19.564	991	62,83	58,87
CAMPANIA	306.675	235.579	71.096	53,04	53,46
PUGLIA	283.293	213.772	69.521	69,32	70,52
BASILICATA	31.466	22.433	9.033	52,03	51,30
CALABRIA	129.507	100.923	28.584	63,38	60,25
SICILIA	325.170	210.371	114.799	64,05	52,79
SARDEGNA	102.803	70.482	32.321	62,38	60,86
ITALIA	3.341.996	2.218.842	1.123.154	57,78	56,60

Elaborazione ASSR su SDO - Ministero della Salute (anni 2000-2001) ■ Popolazione ISTAT - 1° Gennaio 2001 ■ * al netto dei 2 ricoveri erroneamente codificati

Confronto 1999-2000-2001 dei ricoveri (totali, ordinari, day hospital) per i 43 DRG ad

Regione	Ricoveri Totali			Differenza % 2001-1999	1999
	1999	2000	2001		
PIEMONTE	207.530	197.380	192.805	-7,10	144.952
VALLE D'AOSTA	4.940	5.137	5.341	8,12	3.405
LOMBARDIA	528.341	524.708	535.853	1,42	395.378
BOLZANO	27.226	26.413	27.592	1,34	25.654
TRENTO	25.702	24.471	22.210	-13,59	18.709
VENETO	255.407	237.287	235.487	-7,80	167.759
FRIULI VENEZIA G.	54.806	52.527	50.163	-8,47	40.019
LIGURIA	105.961	105.459	103.118	-2,68	72.157
EMILIA ROMAGNA	240.618	222.559	216.087	-10,19	154.468
TOSCANA	179.631	179.709	181.478	1,03	126.022
UMBRIA	59.887	57.668	55.741	-6,92	39.731
MARCHE	85.401	84.121	84.983	-0,49	64.497
LAZIO	287.249	308.005	327.372	13,97	242.282
ABRUZZO	93.353	98.811	104.297	11,72	79.698
MOLISE	18.538	19.308	20.555	10,88	17.385
CAMPANIA	301.753	309.034	306.675	1,63	244.617
PUGLIA	282.251	288.079	283.293	0,37	229.074
BASILICATA	31.175	31.097	31.466	0,93	26.659
CALABRIA	127.100	123.541	129.507	1,89	106.942
SICILIA	271.695	268.573	325.170	19,68	207.051
SARDEGNA	95.320	100.538	102.803	7,85	73.956
ITALIA	3.283.884	3.264.425	3.341.996	1,77	2.480.415

Elaborazione ASSR su SDO - Ministero della Salute (anni 1999-2000-2001)

Ricoveri “a rischio di inappropriatelyzza” 2001

e la percentuale dei ricoveri ordinari e in day hospital.

Dallo studio emerge un significativo miglioramento, rispetto ai risultati della precedente elaborazione effettuata sulle schede di dimissione ospedaliera dell'anno 2000, in quanto la percentuale dei ricoveri effettuati in day hospital, sul totale dei ricoveri, è aumentata

di 4,7 punti, passando dal 28,9% al 33,6%.

La medesima elaborazione è stata effettuata con riferimento ai ricoveri ospedalieri che rientrano in ulteriori 32 DRG individuati da alcune Regioni come potenzialmente “inappropriati” in regime ordinario.

Si riportano di seguito le relative tabelle.

inappropriatelyzza (allegato 2C del DPCM 29.11.2001)

Differenza 2001/2000 su Totale Ricoveri per 1.000 residenti	% Ricoveri ordinari (2001)	% Ricoveri ordinari (2000)	% Ricoveri DH (2001)	% Ricoveri DH (2000)	Differenza 2000/2001 su % Ricoveri DH
-1,09	62,24	68,43	37,76	31,57	6,19
1,60	57,95	61,88	42,05	38,12	3,93
0,86	66,49	71,12	33,51	28,88	4,63
2,20	84,94	89,79	15,06	10,21	4,85
-5,18	66,21	69,76	33,79	30,24	3,55
-0,73	57,12	61,86	42,88	38,14	4,74
-2,12	63,49	68,72	36,51	31,28	5,23
-1,25	63,41	65,30	36,59	34,70	1,89
-2,00	48,91	54,96	51,09	45,04	6,05
0,34	58,57	65,11	41,43	34,89	6,54
-2,70	52,70	63,23	47,30	36,77	10,53
0,27	62,26	68,45	37,74	31,55	6,19
3,23	68,44	74,65	31,57	25,35	6,22
4,14	74,92	80,74	25,08	19,26	5,82
3,96	95,18	94,12	4,82	5,88	-1,06
-0,42	76,82	79,23	23,18	20,77	2,41
-1,19	75,46	78,97	24,54	21,03	3,51
0,73	71,29	76,95	28,71	23,05	5,66
3,13	77,93	81,30	22,07	18,70	3,37
11,26	64,70	69,40	35,30	30,60	4,70
1,52	68,56	72,81	31,44	27,19	4,25
1,18	66,39	71,12	33,61	28,88	4,73

alto rischio di inappropriatelyzza secondo l'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001

Ricoveri Ordinari			Ricoveri Day Hospital			
2000	2001	Differenza % 2001-1999	1999	2000	2001	Differenza % 2001-1999
135.077	120.005	-17,21	62.578	62.303	72.800	16,33
3.179	3.095	-9,10	1.535	1.958	2.246	46,32
373.158	356.285	-9,89	132.963	151.550	179.568	35,05
23.715	23.438	-8,64	1.572	2.698	4.154	164,25
17.070	14.706	-21,40	6.993	7.401	7.504	7,31
146.797	134.520	-19,81	87.648	90.490	100.967	15,20
36.095	31.848	-20,42	14.787	16.432	18.315	23,86
68.860	65.390	-9,38	33.804	36.599	37.728	11,61
122.319	105.678	-31,59	86.150	100.240	110.409	28,16
117.007	106.287	-15,66	53.609	62.702	75.191	40,26
36.462	29.374	-26,07	20.156	21.206	26.367	30,81
57.579	52.913	-17,96	20.904	26.542	32.070	53,42
229.933	224.037	-7,53	44.967	78.072	103.335	129,80
79.783	78.142	-1,95	13.655	19.028	26.155	91,54
18.173	19.564	12,53	1.153	1.135	991	-14,05
244.840	235.579	-3,69	57.136	64.194	71.096	24,43
227.510	213.772	-6,68	53.177	60.569	69.521	30,74
23.930	22.433	-15,85	4.516	7.167	9.033	100,02
100.438	100.923	5,63	20.158	23.103	28.584	41,80
186.392	210.371	1,60	64.644	82.181	114.799	77,59
73.202	70.482	-4,70	21.364	27.336	32.321	51,29
2.321.519	2.218.842	-10,55	803.469	942.906	1.123.154	39,79

Riepilogo dei dati di ricovero 2001 per ciascuno dei 43 DRG a rischio di inappropriatazza (allegato 2C del DPCM 29.11.2001)

Codice e denominazione DRG	Totale ricoveri*	Ricoveri ordinari	Ricoveri DH	Ricoveri per 1.000 residenti**	Ric.Ordinari / Totale ricoveri %	Ric.DH / Totale ricoveri %
006 Decompressione del tunnel carpale.	81.430	27.279	54.151	1,41	33,50	66,50
019 Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc	36.538	24.948	11.590	0,63	68,28	31,72
025 Convulsioni e cefalea età>17 senza cc	55.034	44.182	10.852	1,15	80,28	19,72
039 Interventi sul cristallino senza vitrectomia.	434.657	230.515	204.142	7,51	53,03	46,97
040 Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età>17	47.087	21.876	25.211	0,99	46,46	53,54
041 Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età 0-17	8.895	6.418	2.477	0,88	72,15	27,85
042 Interventi sulle strutture extraoculari eccetto retina iride e cristallino	53.207	34.628	18.579	0,92	65,08	34,92
055 Miscellanea di interventi su orecchio naso bocca e gola	71.280	60.979	10.301	1,23	85,55	14,45
065 Alterazioni dell'equilibrio	66.758	55.189	11.569	1,15	82,67	17,33
119 Legatura e stripping di vene	110.687	76.441	34.246	1,91	69,06	30,94
131 Malattie vascolari periferiche senza cc	57.375	40.608	16.767	0,99	70,78	29,22
133 Aterosclerosi senza cc	50.664	35.046	15.618	0,88	69,17	30,83
134 Ipertensione	145.725	85.703	60.022	2,52	58,81	41,19
142 Sincope e collasso senza cc	40.882	37.388	3.494	0,71	91,45	8,55
158 Interventi su ano e stoma senza cc	68.606	57.212	11.394	1,19	83,39	16,61
160 Interventi per ernia eccetto inguinale e femorale età>17 senza cc	25.959	23.491	2.468	0,54	90,49	9,51
162 Interventi per ernia inguinale e femorale età>17 senza cc	147.478	112.126	35.352	3,09	76,03	23,97
163 Interventi per ernia età 0-17	16.030	12.700	3.330	1,59	79,23	20,77
183 Esofagite gastroenterite e miscellanea mal.App.Digerente età>17 senza cc	222.211	177.219	44.992	4,65	79,75	20,25
184 Esofagite gastroenterite e miscellanea mal.App.Digerente età 0-17	130.443	107.947	22.496	12,93	82,75	17,25
187 Estrazioni e riparazioni dentali	27.132	13.502	13.630	0,47	49,76	50,24
208 Malattie delle vie biliari senza cc	49.144	42.832	6.312	0,85	87,16	12,84
222 Interventi sul ginocchio senza cc.	143.296	114.001	29.295	2,48	79,56	20,44
232 Artroscopia	26.734	21.651	5.083	0,46	80,99	19,01
243 Affezioni mediche del dorso	168.355	142.389	25.966	2,91	84,58	15,42
262 Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	32.261	17.622	14.639	0,56	54,62	45,38
267 Interventi perianali e pilonidali	26.841	18.809	8.032	0,46	70,08	29,92
270 Altri interventi su pelle tessuto sottocutaneo e mammella senza cc.	81.454	32.001	49.453	1,41	39,29	60,71
276 Patologie non maligne della mammella	9.193	2.859	6.334	0,16	31,10	68,90
281 Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella età>17 senza cc	50.684	48.079	2.605	1,06	94,86	5,14
282 Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella età 0-17	22.502	21.955	547	2,23	97,57	2,43
283 Malattie minori della pelle con cc.	9.777	8.023	1.754	0,17	82,06	17,94
284 Malattie minori della pelle senza cc.	91.872	47.044	44.828	1,59	51,21	48,79
294 Diabete età >35	96.066	54.847	41.219	2,92	57,09	42,91
301 Malattie endocrine senza cc.	98.041	32.895	65.146	1,69	33,55	66,45
324 Calcolosi urinaria senza cc	82.871	66.303	16.568	1,43	80,01	19,99
326 Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età>17 senza cc	18.832	13.348	5.484	0,39	70,88	29,12
364 Dilatazione e raschiamento conizzazione eccetto per neoplasie maligne	111.701	57.850	53.851	3,75	51,79	48,21
395 Anomalie dei globuli rossi età>17	86.971	50.011	36.960	1,82	57,50	42,50
426 Nevrosi depressive	31.953	26.951	5.002	0,55	84,35	15,65
427 Nevrosi eccetto nevrosi depressive.	11.782	8.281	3.501	0,20	70,29	29,71
429 Disturbi organici e ritardo mentale.	48.602	36.403	12.199	0,84	74,90	25,10
467 Altri fattori che influenzano lo stato di salute.	144.986	69.291	75.695	2,51	47,79	52,21
Totale	3.341.996	2.218.842	1.123.154	57,78	66,39	33,61

Elaborazione ASSR su SDO - Ministero della Salute (anno 2001) ■ Popolazione ISTAT - 1° Gennaio 2001 ■ *al netto dei 2 ricoveri erroneamente codificati ■ ** per i DRG 025, 040, 160, 162, 183, 281, 326, 395 si fa riferimento alla pop. > 17 anni, per i DRG 041, 163, 184, 282 alla pop. 0-17 anni, per il DRG 294 alla pop. > 35 anni e per il DRG 364 a quella femminile

Utilizzo percentuale del DH per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatelyzza” per Regione (2001) e differenza con 2000

Regione	2001	Differenza 2001-2000
1 EMILIA ROMAGNA	51,09	+6,05
2 UMBRIA	47,30	+10,53
3 VENETO	42,88	+4,74
4 VALLE D'AOSTA	42,05	+3,93
5 TOSCANA	41,43	+6,54
6 PIEMONTE	37,76	+6,19
7 MARCHE	37,74	+6,19
8 LIGURIA	36,59	+1,89
9 FRIULI VENEZIA G.	36,51	+5,23
10 SICILIA	35,30	+4,70
11 TRENTO	33,79	+3,55
12 LOMBARDIA	33,51	+4,63
13 LAZIO	31,57	+6,22
14 SARDEGNA	31,44	+4,25
15 BASILICATA	28,71	+5,66
16 ABRUZZO	25,08	+5,82
17 PUGLIA	24,54	+3,51
18 CAMPANIA	23,18	+2,41
19 CALABRIA	22,07	+3,37
20 BOLZANO	15,06	+4,85
21 MOLISE	4,82	-1,06



ITALIA 33,61 (+4,73)

Riepilogo per regione dei dati di ricovero 2001 per altri 32 DRG a rischio di inappropriatelyzza (non inclusi nell'allegato 2C del DPCM 29.11.2001)

Regione	Totale ricoveri	Ricoveri per 1.000 residenti	Ric. Ordinari/Totale ricoveri (%)	Ric.DH/Totale ricoveri (%)
PIEMONTE	112.430	26,21	58,11	41,89
VALLE D'AOSTA	2.648	21,96	63,07	36,93
LOMBARDIA	292.653	32,08	61,34	38,66
BOLZANO	11.528	24,78	79,99	20,01
TRENTO	13.830	28,94	64,35	35,65
VENETO	125.438	27,62	58,61	41,39
FRIULI VENEZIA G.	30.043	25,28	58,99	41,01
LIGURIA	51.369	31,69	54,24	45,76
EMILIA ROMAGNA	116.287	29,01	57,70	42,30
TOSCANA	90.702	25,57	54,07	45,93
UMBRIA	25.829	30,73	50,73	49,27
MARCHE	38.537	26,23	68,20	31,80
LAZIO	169.249	31,92	64,20	35,80
ABRUZZO	46.842	36,56	71,12	28,88
MOLISE	7.856	24,01	94,42	5,58
CAMPANIA	170.143	29,43	67,84	32,16
PUGLIA	143.643	35,15	75,31	24,69
BASILICATA	16.355	27,04	64,27	35,73
CALABRIA	57.911	28,34	71,45	28,55
SICILIA	170.058	33,50	57,83	42,17
SARDEGNA	56.566	34,32	60,26	39,74
ITALIA	1.749.917	30,25	62,66	37,34

Riepilogo dei dati di ricovero 2001 per ciascuno dei 32 ulteriori DRG a rischio di inappropriatelyzza (non inclusi nell'allegato 2C del DPCM 29.11.2001)

Codice e denominazione DRG	Totale ricoveri	Ricoveri per 1.000 residenti	Ric.Ordinari/ Totale ricoveri (%)	Ric.DH/ Totale ricoveri (%)
047 Altre malattie dell'occhio, età>17 no cc	78.272	1,35	53,56	46,44
059 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età>17	16.139	0,28	88,99	11,01
060 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età<18	70.427	1,22	83,82	16,18
073 Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età>17	43.413	0,75	61,36	38,64
074 Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età<18	17.458	0,30	54,39	45,61
088 Malattia polmonare cronica ostruttiva	141.796	2,45	86,01	13,99
090 Polmonite semplice e pleurite, età>17 senza cc	37.417	0,65	91,63	8,37
091 Polmonite semplice e pleurite, età<18	28.131	0,49	92,93	7,07
169 Interventi sulla bocca, senza cc	32.354	0,56	48,32	51,68
206 Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, senza cc	95.860	1,66	40,25	59,75
227 Interventi su tessuti molli senza cc	50.314	0,87	65,69	34,31
229 Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	75.779	1,31	53,98	46,02
245 Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	52.967	0,92	73,31	26,69
256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	54.719	0,95	76,62	23,38
266 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	104.704	1,81	32,58	67,42
295 Diabete età<36	17.419	0,30	38,14	61,86
311 Interventi per via transuretrale, senza cc	48.036	0,83	86,43	13,57
315 Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	13.507	0,23	81,85	18,15
321 Infezioni del rene e delle vie urinarie, età>17 senza cc	35.379	0,61	78,76	21,24
322 Infezioni del rene e delle vie urinarie, età<18	17.883	0,31	66,40	33,60
323 Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	64.574	1,12	75,37	24,63
332 Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età>17 senza cc	35.621	0,62	57,47	42,53
339 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età>17	39.861	0,69	77,59	22,41
340 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età<18	16.837	0,29	82,05	17,95
342 Circoncisione, età>17	16.822	0,29	44,23	55,77
343 Circoncisione, età<18	8.839	0,15	64,71	35,29
349 Ipertrofia prostatica benigna, senza cc	23.293	0,40	45,12	54,88
350 Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	17.868	0,31	67,29	32,71
359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	131.732	2,28	88,94	11,06
369 Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	97.611	1,69	50,39	49,61
381 Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	212.284	3,67	42,49	57,51
411 Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	52.601	0,91	27,77	72,23
Totale	1.749.917	30,25	62,66	37,34

Elaborazione ASSR su SDO - Ministero della Salute (anno 2001)



di **Laura Fioravanti e Federico Spandonaro**

Ceis Sanità, Facoltà di Economia,
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

La spesa sanitaria e altri indicatori di salute nei dati Ocse 2003

Oecd, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, ha reso disponibile l'aggiornamento della sua banca dati, che permette di effettuare un monitoraggio multidimensionale dei servizi sanitari, rilevandone spesa, strutture, stato di salute, abitudini di vita, etc.

L'aggiornamento al 2003 fornisce in particolare informazioni utili per l'analisi delle tendenze in corso, che nella maggior parte dei Paesi sono aggiornate all'anno 2001. Una nota particolare che ci piace sottolineare è quella che vede l'Italia essere l'unico Paese ad avere già reso disponibili i propri dati di spesa al 2002. Stupisce però che sia invece in ritardo sui dati di composizione della spesa stessa e su quelli di struttura.

LA SPESA SANITARIA TOTALE (PUBBLICA E PRIVATA)

La tabella 1 (vedi pagina seguente) descrive il trend della spesa sanitaria espressa in percentuale del Pil dei Paesi Ocse; appare evidente che nel lungo periodo (anni 1960-95) si riscontra una generale tendenza alla crescita dell'onere per la spesa sanitaria. Si passa dal valore minimo dell'Irlanda (+3,2 punti % del Pil), al massimo degli Usa (+8,3%). Negli anni '70 il trend è leggermente meno netto, ma si conferma in tutti Paesi. Nel periodo 1980-95, la tendenza è ancora confermata ad eccezione di Danimarca (-0,9%), Irlanda (-1,6%) e Svezia (-0,7%), mentre restringendo l'analisi alla seconda metà degli anni '90 la situazione cambia. Si registra una equivalenza di segni negativi e positivi, comunque di lieve entità; in media la spesa rimane costante sul Pil, mentre l'Italia è uno dei pochi Paesi a registrare ancora un incremento positivo significativo (+1,0%).

È possibile notare, inoltre, che il processo di riduzione della spesa sanitaria, iniziato nei primi anni '90, ha subito un'inversione di tendenza nell'ultimo periodo

Tabella I - Spesa sanitaria totale in % del Pil

Paesi	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002
Australia	4,1%	-	7,0%	7,8%	8,2%	8,9%	-	-
Austria	-	5,3%	7,6%	7,1%	8,6%	8,0%	-	-
Belgium	-	4,0%	6,4%	7,4%	8,7%	8,7%	-	-
Canada	5,4%	7,0%	7,1%	9,0%	9,2%	9,2%	9,7%	-
Czech Republic	-	-	-	5,0%	7,3%	7,1%	7,3%	-
Denmark	-	-	9,1%	8,5%	8,2%	8,3%	8,6%	-
Finland	-	5,6%	6,4%	7,8%	7,5%	6,7%	7,0%	-
France	-	-	-	8,6%	9,5%	9,3%	9,5%	-
Germany	-	6,2%	8,7%	8,5%	10,6%	10,6%	10,7%	-
Greece	-	6,1%	6,6%	7,4%	9,6%	9,4%	9,4%	-
Hungary	-	-	-	-	7,5%	6,7%	6,8%	-
Iceland	3,4%	5,0%	6,2%	8,0%	8,4%	9,1%	-	-
Ireland	3,6%	5,1%	8,4%	6,1%	6,8%	6,4%	6,5%	-
Italy	-	-	-	8,0%	7,4%	8,2%	8,4%	8,6%
Japan	3,0%	4,5%	6,4%	5,9%	6,8%	7,6%	-	-
Korea	-	-	-	4,8%	4,7%	5,9%	-	-
Luxembourg	-	3,5%	6,0%	6,1%	6,4%	5,6%	-	-
Mexico	-	-	-	4,5%	5,7%	5,6%	6,6%	-
Netherlands	-	-	7,5%	8,0%	8,4%	8,6%	8,9%	-
New Zealand	-	5,1%	5,9%	6,9%	7,2%	8,0%	8,2%	-
Norway	-	4,4%	6,9%	7,7%	7,9%	7,7%	8,3%	-
Poland	-	-	-	5,3%	6,0%	-	-	-
Portugal	-	2,6%	5,6%	6,2%	8,3%	9,0%	9,2%	-
Slovak Republic	-	-	-	-	-	5,7%	5,7%	-
Spain	1,5%	3,6%	5,4%	6,7%	7,6%	7,5%	7,5%	-
Sweden	-	6,7%	8,8%	8,2%	8,1%	8,4%	8,7%	-
Switzerland	4,9%	5,6%	7,6%	8,5%	1-	10,7%	10,9%	-
Turkey	-	2,4%	3,3%	3,6%	3,4%	-	-	-
United Kingdom	-	4,5%	5,6%	6,0%	7,0%	7,3%	7,6%	-
United States	5,0%	6,9%	8,7%	11,9%	13,3%	13,1%	13,9%	-

Fonte: OECD HEALTH DATA 2003

(2000-2001), che in media vede un aumento della spesa di 0,3 punti % del Pil.

Uno degli effetti più interessanti delle politiche dell'ultimo decennio ci pare essere quello della naturale convergenza delle quote di prodotto destinate alla sanità. Fatta infatti salva la relazione positiva che lega spesa sanitaria (totale) e Pil pro-capite (ovvero la ricchezza prodotta), il gap fra Paesi si è ridotto di circa 2 punti percentuali del Pil fra il 1995 ed il 2001; il differenziale, che era di 9,9 punti, si è così ridotto a 7,5. In altri termini, se è vero che chi ha più risorse destina una quota maggiore di esse alla sanità, le differenze in sanità fra ricchi e

“meno ricchi” si riducono (il confronto è limitato a Paesi industrializzati o emergenti).

Per quanto attiene la relazione media fra spesa sanitaria e livello di sviluppo economico del Paese (vedi tabella 2 nella pagina seguente), gli Usa, sia nel 2001 che nel 2000, sono l'unico Paese che si discosta notevolmente dalla retta di regressione. Con il passare del tempo la retta che descrive in media la relazione diviene sempre meno inclinata, per effetto del ridursi del gap.

LA SPESA SANITARIA PUBBLICA

Nei processi di convergenza, come anche nella spiegazione dell'anelasticità della spesa sanitaria al red-

dito individuale, hanno sicuramente un peso rilevante le politiche pubbliche. La quota di spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale (tabella 3) è rimasta sostanzialmente stabile nel periodo 1970-2001: era in media pari al 69,9% nel 1970 ed è pari al 73,3% nel 2001; restringendo l'analisi ad un panel di Paesi omogenei, alle due date i valori divengono rispettivamente 71,4% e 72,3%.

Potremmo affermare che se i sistemi di welfare non possono forzatamente convergere, come ampiamente riconosciuto in sede di Comunità Europea, perché fortemente dipendenti da caratteristiche storiche e culturali proprie di ogni singolo Paese, converge però autonomamente l'onere complessivo dello Stato, e con esso

anche la quota di consumo complessiva delle famiglie.

Guardando ai singoli Paesi, gli Usa, che registravano il più basso livello di intervento pubblico nel 1960 pari al 23,0%, presentano nel 2001 una quota di spesa pubblica pari al 44,4%, aumentata anche rispetto all'anno precedente. L'Islanda, Paese che nel 1960 presentava il più alto intervento pubblico (77,8%) che è continuamente cresciuto fino a raggiungere l'84,4% nel 2000, è stata soppiantata dalla Repubblica Ceca che nel 2001 registra una quota di spesa pubblica pari 91,4% della spesa sanitaria totale. Relativamente all'Italia, la quota pubblica si riduce negli anni '90 di circa 5 punti percentuali, dal 79,9% al 74,8% del 2002 (ultimo dato disponibile).

Tabella 2 - Spesa sanitaria in % del Pil 2000/2001

Paesi	Spesa sanitaria in % del Pil 2000	Spesa sanitaria in % del Pil 2001
Australia	8,9%	-
Austria	8,0%	-
Belgium	8,7%	-
Canada	9,2%	9,7%
Czech Republic	7,1%	7,3%
Denmark	8,3%	8,6%
Finland	6,7%	7,0%
France	9,3%	9,5%
Germany	10,6%	10,7%
Greece	9,4%	9,4%
Hungary	6,7%	6,8%
Iceland	9,1%	-
Ireland	6,4%	6,5%
Italy	8,2%	8,4%
Japan	7,6%	-
Korea	5,9%	-
Luxembourg	5,6%	-
Mexico	5,6%	6,6%
Netherlands	8,6%	8,9%
New Zealand	8,0%	8,2%
Norway	7,7%	8,3%
Poland	-	-
Portugal	9,0%	9,2%
Slovak Republic	5,7%	5,7%
Spain	7,5%	7,5%
Sweden	8,4%	8,7%
Switzerland	10,7%	10,9%
Turkey	-	-
United Kingdom	7,3%	7,6%
United States	13,1%	13,9%

Tabella 3 - Quota della spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa sanitaria

Paesi	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002
Australia	50,4%	-	63,0%	67,1%	66,7%	68,9%	-	-
Austria	-	63,0%	68,8%	73,5%	71,8%	69,7%	69,7%	-
Belgium	-	-	0,0%	0,0%	69,6%	71,2%	-	-
Canada	42,6%	69,9%	75,6%	74,5%	71,4%	70,9%	70,8%	70,8%
Czech Republic	-	-	-	97,4%	92,7%	91,4%	91,4%	-
Denmark	-	-	87,8%	82,7%	82,5%	82,5%	82,4%	-
Finland	-	73,8%	79,0%	80,9%	75,6%	75,1%	75,6%	-
France	-	-	-	76,6%	76,3%	75,8%	76,0%	-
Germany	-	72,8%	78,7%	76,2%	76,7%	75,0%	74,9%	-
Greece	-	42,6%	55,6%	53,7%	52,0%	56,1%	56,0%	-
Hungary	-	-	-	-	84,0%	75,5%	75,1%	-
Iceland	77,8%	82,1%	88,5%	86,9%	84,4%	84,4%	-	-
Ireland	76,5%	81,6%	81,5%	71,9%	71,6%	73,3%	76,0%	-
Italy	-	-	-	79,3%	72,2%	73,4%	75,3%	74,8%
Japan	60,4%	69,8%	71,3%	77,6%	79,1%	78,3%	78,3%	-
Korea	-	-	-	36,6%	36,5%	44,4%	44,4%	-
Luxembourg	-	90,0%	92,8%	93,2%	92,5%	87,7%	87,7%	-
Mexico	-	-	-	43,0%	41,9%	47,9%	45,9%	-
Netherlands	-	-	69,4%	67,1%	71,0%	63,4%	63,3%	-
New Zealand	-	80,4%	88,0%	82,4%	77,2%	78,0%	76,7%	-
Norway	-	91,6%	85,1%	82,8%	84,2%	85,0%	85,5%	-
Poland	-	-	-	91,7%	72,9%	-	-	-
Portugal	-	59,1%	64,3%	65,5%	61,7%	68,5%	69,0%	-
Slovak Republic	-	-	-	-	-	89,4%	89,3%	-
Spain	58,7%	65,4%	79,9%	78,7%	72,2%	71,7%	71,4%	-
Sweden	-	86,0%	92,5%	89,9%	86,7%	85,0%	85,2%	-
Switzerland	0,0%	-	0,0%	52,4%	53,8%	55,6%	55,6%	-
Turkey	-	37,3%	27,3%	61,0%	70,3%	-	-	-
United Kingdom	-	87,0%	89,4%	83,6%	83,9%	80,9%	82,2%	-
United States	23,3%	36,4%	41,5%	39,6%	45,4%	44,2%	44,4%	-

Fonte: OECD HEALTH DATA 2003

LA COMPOSIZIONE DELLA SPESA SANITARIA

Passando ad analizzare la composizione della spesa¹, è evidente come essa sia legata ad aspetti geografici definiti (vedi tabella 4): a fronte di un tendenziale aumento della spesa per lungodegenza, osserviamo come ad un estremo si posizioni il gruppo di Paesi che comprende Usa, Canada, Australia e Nuova Zelanda, dove si registra una quota di spesa per acuzie e riabilitazione molto limitata (27%) e un forte impegno per l'assistenza outpatient (60%). I Paesi

di dell'Unione Europea, pur avendo ridotto la quota di spesa per acuzie e riabilitazione, sono fermi al 39% (outpatient 44%), e ancora sono carenti sul versante della lungodegenza (7%, vs il 10% del gruppo Usa). Il maggiore onere per la lungodegenza si registra nel 2000 in Giappone (11%), con una distribuzione intermedia della spesa per acuti (37%) e per outpatient (51%).

Nel processo di razionalizzazione della spesa ospedaliera per acuti un ruolo rilevante può essere attribuito alla riduzione della degenza media. La tenden-

¹ Dobbiamo qui avvertire che sulla attendibilità della composizione della spesa incidono fattori definitivi e statistici, che non sempre rendono il dato pienamente confrontabile.

Tabella 4 - Ripartizione della spesa per funzioni (% sul totale)

2001	Acuti e riab.	Lungodegenza	Out patient	Ass domiciliare	Ancillare	Totale
Unione Europea	44,8%	7,2%	38,8%	3,7%	5,5%	100,0%
USA - Canada - Australia - New Zeland	26,8%	10,0%	59,6%	3,2%	0,5%	100,0%
Paesi Asiatici	-	-	-	-	-	-
Paesi dell'Est	31,5%	1,4%	56,6%	0,4%	10,1%	100,0%
Nord Europa	-	-	-	-	-	-
Messico	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Turchia	-	-	-	-	-	-
Totale	103,1%	18,6%	254,9%	7,3%	16,1%	400,0%

Tabella 5 - Degenza media in acute care (giorni)

Paesi	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002
Australia	12	9	8	-	7	6	-	-
Austria	-	-	15	9	8	6	-	-
Belgium	-	-	-	-	9	-	-	-
Canada	-	--	10	9	7	7	-	-
Czech Republic	15	15	14	12	10	9	9	-
Denmark	-	13	9	6	4	4	4	-
Finland	13	13	9	7	6	4	4	-
France	-	-	16	11	9	9	-	-
Germany	21	18	15	14	11	10	9	-
Greece	-	-	10	8	6	-	-	-
Hungary	11	11	11	10	9	8	7	-
Iceland	-	-	-	7	6	-	-	-
Ireland	-	-	9	7	7	6	6	-
Italy	-	-	-	-	8	7	-	-
Japan	-	-	-	-	-	-	-	-
Korea	-	-	10	12	11	11	11	-
Luxembourg	-	-	13	11	10	9	9	-
Mexico	-	-	-	4	4	4	4	4
Netherlands	20	19	14	11	10	9	9	-
New Zealand	-	-	-	-	-	-	-	-
Norway	-	15	11	8	7	6	6	-
Poland	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	15	11	8	8	-	-	-
Slovak Republic	-	-	-	-	-	9	8	-
Spain	-	-	-	10	9	-	-	-
Sweden	-	11	9	7	5	5	5	-
Switzerland	-	-	16	13	12	9	9	-
Turkey	-	-	6	6	6	5	5	-
United Kingdom	-	-	9	6	7	7	7	-
United States	8	8	8	7	7	6	6	-

Fonte: OECD HEALTH DATA 2003

za è di una costante e uniforme riduzione in tutti i Paesi osservati; in particolare nell'intervallo 1990-2001, si registra un netto calo, con punte di riduzione in Germania e in Svizzera e dati invariati registrati solo in Danimarca, Svezia e Messico. L'Italia ha recuperato in tale campo un fortissimo ritardo raggiungendo i 7 giorni di degenza media nel 2000 ed avvicinandosi così alle 6 giornate degli Usa (vedi tabella 5).

La riduzione certamente comporta anche un riavvicinamento dei comportamenti clinici, a indicare una "globalizzazione" anche dei protocolli terapeutici: nel 1960 la differenza fra Paesi a più breve e più lunga degenza per acuti era di 13 giorni, mentre nel 2001 si riduce a 7.

CONCLUSIONI

In conclusione ci pare si possa affermare che il settore sanitario, malgrado sia fortemente condi-

zionato da fattori storici e culturali diversificati per ciascun Paese, non è esente però da fenomeni di convergenza, probabilmente incentivati (per aree economiche omogenee) dalla crescente globalizzazione dei mercati e anche delle conoscenze scientifiche.

Inoltre la crisi economica della fine del secolo scorso ha provocato una generale spinta alla razionalizzazione dell'intervento pubblico, senza peraltro frenare del tutto la crescita della spesa sanitaria globale (pubblica e privata). I dati più recenti sembrerebbero indicare una fase di consolidamento dei risultati raggiunti e nello stesso tempo di correzione di alcuni "eccessi". Il caso dell'Italia è paradigmatico: dopo una contrazione fortissima dell'intervento pubblico (almeno in termini di quota di spesa) durata un decennio, negli ultimissimi anni si è registrata una piccola ma significativa ripresa.

L'Agenzia oggi | **Presidente** _Dott. Franco Toniolo; **Direttore** _Dott.ssa Laura Pellegrini;
Consiglio di amministrazione _Prof. Cesare Massimo Bianca, Prof.ssa Nerina Dirindin, Prof. Angelo Mattioni,
 Dott. Silvio Natoli; **Collegio dei revisori dei conti** _Prof. Renato Balduzzi (Presidente),
 Dott. Emanuele Carabotta, Rag. Raffaele Miraldi.

I settori di attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria • Livelli di assistenza
 • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo
 • Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale
 • Ragioneria ed economato.

www.assr.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di 