

Editoriale

Lea, prove di monitoraggio

di *Laura Pellegrini e Franco Toniolo*

pagina 2

Focus on | Quali livelli di assistenza sanitaria?

Regione per Regione i dati 2002

pagina 8

Meno ospedale e più territorio: il trend continua

pagina 34

La prossima rilevazione con il nuovo SIS

di *Filippo Palumbo*

pagina 50

È possibile garantire i livelli e far quadrare i conti?

di *Erasmus Santesso*

pagina 63

Assr on line

Mobilità interregionale, gli ospedali più attraenti

pagina 67

Sistema Nazionale Linee Guida

pagina 87



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

Bimestrale dell'Agenzia
per i servizi sanitari regionali

Anno III Numero 10

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
Via Puglie, 23 - 00187 ROMA
Tel. 06.427491
www.assr.it

**Redazione, progetto grafico
e impaginazione**

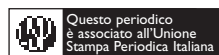
Italtpromo Esis Publishing
Via dei Magazzini Generali, 18/20
00154 Roma
Tel. 06.57.29.98.1

Stampa

AgenziaD, Roma
Union Printing Srl, Viterbo

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di ottobre 2004



Lea, prove di monitoraggio

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

Con qualche difficoltà è stata portata a termine la terza ricognizione “sperimentale” dei dati sulle prestazioni erogate dalle Regioni e sui costi sostenuti nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza.

Questa terza ricognizione ha riguardato i dati dell’anno 2002 – primo anno dopo l’entrata in vigore del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza – e ha visto, per la prima volta, la partecipazione della totalità delle Regioni, che hanno fornito le informazioni loro richieste anche utilizzando, in diversi casi, stime empiriche per supplire alla carenza di informazioni non disponibili nei loro attuali sistemi di rilevazione dei dati.

Gli elaborati di sintesi prodotti dalle Regioni non si possono, perciò, ancora considerare di qualità soddisfacente; costituisce, tuttavia, un risultato molto positivo la circostanza che progressivamente le Regioni rispondenti siano passate da 11 nell’anno 2000 a 18 nell’anno 2001, fino ad essere tutte partecipi nella rilevazione relativa all’anno 2002, con uno sforzo di adeguamento non piccolo, dovuto alla consapevolezza che il nuovo quadro di più accentuata autonomia delle Regioni, nell’organizzazione e nella gestione dei propri servizi di assistenza sanitaria, rende indispensabile la predisposizione, a livello nazionale, di informazioni omogenee, sempre più puntuali, sui livelli di assistenza assicurati ai cittadini nelle diverse parti del Paese.

Questi dati non sono ancora stati sottoposti per il “placet” formale alla Conferenza Stato-Regioni, perché sia i

rappresentanti dei Ministeri dell'Economia e della Salute che quelli delle Regioni nel Tavolo di monitoraggio incaricato della verifica dei livelli essenziali di assistenza sanitaria - a norma del punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001 - hanno convenuto sull'opportunità di procedere, dopo aver effettuato la fotografia della situazione esistente, alla individuazione, attraverso un sottogruppo di lavoro, anche di "parametri macro-correctivi" per dare evidenza ai margini di inappropriata esistenza nei diversi ambiti di attività assistenziale che i dati stessi riflettono. Il relativo lavoro è stato avviato in questi giorni.

Il prossimo traguardo, a parte il non facile obiettivo di mettere a punto parametri condivisi che riflettano l'appropriatezza, è quello di perfezionare il sistema degli indicatori. Infatti, solo dopo che sarà stato approntato, con il concorso attivo di tutte le Regioni, un set significativo di indicatori (per ora concentrato sui dati quantitativi delle prestazioni e della spesa), si renderà possibile attivare, già a partire dai dati dell'anno 2003, un flusso informativo ordinario, strutturato secondo la nuova impostazione, nell'ambito del Sistema informativo sanitario gestito dal Ministero della salute.

I Lea sono divenuti con il tempo uno strumento di fondamentale importanza ai fini della promozione dell'equità territoriale dell'assistenza sanitaria e del governo della spesa complessiva. È molto significativo, al riguardo, che la Corte costituzionale (sentenza n. 88 del 27 marzo

2003) abbia manifestato l'orientamento di considerare il DPCM 29 novembre 2001, con cui i Lea sono stati concretamente definiti, come estrinsecazione del compito dello Stato di "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione, ritenendo costituzionalmente legittima la procedura utilizzata per la definizione del provvedimento, che ha visto le Regioni partecipare nella concreta individuazione delle prestazioni essenziali da garantire, attraverso la Conferenza Stato-Regioni.

Ciò nel duplice presupposto che il provvedimento è stato adottato nell'ambito di un'espressa previsione contenuta in una norma di rango legislativo (legge n. 405 del 2001) ed è stato poi confermato in tutti i suoi contenuti, nella legge 27 dicembre 2002, n. 289 (articolo 54).

Com'è noto, nel corso degli anni ai livelli essenziali di assistenza sono stati attribuiti significati e finalità via via differenti:

- a) nella fase di prima istituzione del Servizio sanitario nazionale (legge n. 833 del 1978) l'esigenza di rendere omogeneo il sistema di assistenza sanitaria, superando le pregresse differenze dei regimi mutualistici, ha portato ad enfatizzare il principio dell'universalità e dell'uniformità dei livelli delle prestazioni sanitarie, prevedendo che il Piano sanitario nazionale dovesse indicare quelli

da garantire “comunque” a tutti i cittadini (articolo 3); nei fatti non si è provveduto, nel corso degli anni, alla specificazione dei livelli e la Corte costituzionale, in varie decisioni, ha stabilito che in assenza di una definizione delle prestazioni che le Regioni dovevano garantire ai loro cittadini, esse erano giustificate – anzi obbligate dall’articolo 32 della Costituzione – a fornire tutti i servizi che ritenevano opportuni dal punto di vista assistenziale, anche se ciò comportava disavanzi finanziari;

- b) con il decreto legislativo n. 502 del 1992, l’obiettivo di realizzare l’uniformità nazionale dei livelli di assistenza è stato esplicitamente combinato con l’esigenza di garantire la compatibilità con le risorse finanziarie disponibili; più in particolare al Piano sanitario nazionale veniva demandato di stabilire “i livelli uniformi di assistenza sanitaria, da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione”. La relazione di accompagnamento al decreto legislativo chiariva che queste disposizioni erano dirette a configurare i livelli di assistenza come obiettivi che il Servizio sanitario nazionale si proponeva di conseguire, a soddisfazione degli specifici bisogni nei diversi ambiti di attività, mediante pertinenti prestazioni, nei limiti delle apposite quote capitarie di finanziamento. La fissazione dei livelli di assistenza doveva, insomma, assicurare certezza di obiettivi e interventi nel rispetto delle compatibilità. Questo approccio capovolgeva il concetto di livello di assistenza introdotto con la leg-

ge di riforma del 1978, basato su prestazioni sanitarie da garantire comunque a tutti i cittadini per dare preminenza alla disponibilità di risorse. In tal modo si affermava il primato del vincolo di bilancio sulla determinazione del grado di copertura garantito attraverso i livelli di assistenza, che venivano sostanzialmente configurati come una “variabile dipendente” dall’entità del finanziamento complessivamente destinato alle attività del Servizio sanitario nazionale;

- c) la terza fase è stata introdotta dal decreto legislativo n. 229 del 1999, che ha qualificato i livelli di assistenza come “essenziali ed uniformi” e ha stabilito il principio della contestualità della loro definizione con l’individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l’intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria”.

In definitiva i livelli di assistenza, da variabile (teoricamente) indipendente, nella prima fase, sono stati esplicitamente subordinati alle disponibilità economiche, nella seconda, per divenire nella terza, con la caratteristica di “essenzialità” con cui sono qualificati, sicuramente meglio oggettivabili anche ai fini della contestuale quantificazione del fabbisogno finanziario per la loro uniforme erogazione in ogni parte del territorio nazionale; e in effetti essi sono stati poi definiti con il provvedimento del 29 novembre 2001, in contemporaneità con il pertinente finanziamento, sia pure con la riserva di verificare la corrispondenza di detto finanziamento “ai volumi di spesa stimati e previsti”, come recita l’Accordo dell’8 agosto 2001.

Occorre sottolineare che la nuova nozione di livello “essenziale” introdotta dal decreto legislativo n. 229 risulta sorretta da una serie di criteri e principi particolarmente stringenti, che delimitano l’ambito delle prestazioni concedibili, escludendo quelle che:

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale;
- b) non soddisfano il principio dell’efficacia e dell’appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- c) non soddisfano il principio dell’economicità nell’impiego delle risorse, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell’assistenza.

Il DPCM 29 novembre 2001, relativo alla determinazione dei LEA, ha già fornito alcune concrete regole in tema di appropriatezza, di economicità nell’impiego delle risorse, di utilizzo di modalità organizzative efficienti ma vi sono sicuramente ulteriori margini per l’individuazione di altre prestazioni che non soddisfano le suddette condizioni, sia nell’area della diagnostica che in quella dei mezzi di cura o delle modalità organizzative; la complessa problematica è, attualmente, oggetto di studio da parte di appositi gruppi tecnici.

Ma soprattutto devono essere gradualmente affinati gli indicatori da utilizzare ai fini del monitoraggio dei livelli di assistenza, includendovi anche elementi che attengono alla qualità del sistema di erogazione delle prestazioni, allo stato

di salute, al contesto socio-economico, agli stili di vita. In proposito si deve ricordare che il DM 12 dicembre 2001 “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” in attuazione dell’art. 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, aveva individuato un set di indicatori con cui monitorare l’assistenza erogata nelle varie Regioni, utilizzando le informazioni disponibili nell’ambito dei flussi informativi esistenti e integrandole con altre aggiuntive al fine di rappresentare importanti aspetti dell’assistenza sanitaria non valutabili con i dati correnti.

Al fine, però, di consentire alle Regioni di adeguare i propri sistemi informativi per la rilevazione dei dati non disponibili, il tavolo di monitoraggio dei LEA ha ritenuto che si dovesse effettuare una selezione degli indicatori previsti nel sopraindicato DM 12 dicembre 2001, tenendo conto dei dati che, nella fase di avvio del sistema, potevano essere realmente forniti dalle aziende sanitarie di tutto il territorio nazionale.

In relazione a ciò il tavolo ha ritenuto opportuno rilevare solo i dati relativi a una parte degli indicatori presenti nel DM 12 dicembre 2001, con l’obiettivo di andare a regime, eventualmente aggiornando e integrando tale decreto, a partire dall’assistenza erogata nell’anno 2003.

Determinante sarà, a questo punto, il provvedimento ministeriale con il quale si provvederà all’aggiornamento del sistema di indicatori, in un quadro che dovrà considerare gli elementi scaturiti dalla fase sperimentale.

Una volta realizzato un monitoraggio significativo e compiuto, rimarrà il problema di stabilire quali saranno i limiti di accettabilità delle differenze che si dovessero riscontrare rispetto ai parametri indicativi dell’essenzialità e soprattutto quali siano gli interventi correttivi possibili. Va ricordato, al riguardo, che l’articolo 120 del-

la Costituzione (riformata) ha incluso, tra i casi in cui è possibile l'intervento sostitutivo del Governo, anche quello riguardante le esigenze di "tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali". Ma già prima della modifica costituzionale, con l'articolo 19-ter del decreto legislativo n. 229, era stato definito un procedimento volto ad impegnare le Regioni che presentano scostamenti, ad attuare "programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali", anche con risorse finanziarie ad hoc. Resta da vedere, se nel mutato quadro dei rapporti tra Stato e Regioni, le previsioni contenute nel decreto legislativo n. 229 possano considerarsi ancora attuali.

Non si può non fare cenno, comunque, all'opinione che probabilmente la possibilità di scostamenti inaccettabili, perché lesivi dei livelli essenziali di assistenza, sia più teorica che reale. È stato osservato (Francia) che le Regioni "ben lontane dall'applicare i LEA in modo restrittivo o dal tentare una riduzione della gamma delle prestazioni garantite – mettendo, quindi, a rischio il principio dell'equità territoriale – si muovono in genere nella direzione opposta, programmando di fornire il più ampio spettro possibile di servizi, incluso il recupero di alcune prestazioni totalmente o parzialmente escluse dai LEA". Ad esempio, relativamente alla lista delle prestazioni completamente escluse dai Lea (allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001), ma poi in parte ripristinate con DPCM del 28 novembre 2003, praticamente tutte le Regioni hanno posto nuovamente a carico del Servizio sanitario nazionale le certificazioni per l'idoneità alla pratica sportiva per minori e disabili. "Più sporadici e limitati a qualche Regione sono i provvedimenti di allargamento delle indicazioni dell'agopuntura

[ad es. al trattamento della nausea e vomito in gravidanza o in caso di chemioterapia (Val d'Aosta)], il reintegro della circoncisione rituale maschile (Toscana) o della rieducazione in acqua (Veneto), oppure l'aggiunta di assegni di cura o altre forme di trasferimenti monetari a famiglie di soggetti disabili, non considerati nella lista originaria. Riguardo alla lista delle prestazioni parzialmente escluse (allegato 2B), i provvedimenti rilevanti si concentrano soprattutto sulle prestazioni di fisiocinesiterapia. Essi possono essere suddivisi in due grandi categorie: l'indicazione di specifiche condizioni di derogabilità per porre a carico del Servizio sanitario nazionale le prestazioni, ovvero la definizione di percorsi terapeutici o di progetti riabilitativi individuali che superano implicitamente le singole prestazioni del nomenclatore e aggirano le esclusioni previste dalla lista negativa dell'allegato 2B".

Insomma, è molto più probabile che dal monitoraggio dei LEA emergano elementi indicativi di prestazioni o modalità di erogazione improprie piuttosto che carenze da rimuovere.

Nel presente numero di *Monitor* vengono dedicati al tema dei livelli essenziali quattro articoli.

Nel primo sono riportati integralmente, con una sintetica nota introduttiva che evidenzia gli elementi più significativi, i risultati del monitoraggio dei livelli essenziali effettuato dal tavolo di lavoro operante presso la Segreteria della Conferenza Stato-Regioni, con il supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con riferimento all'anno 2002. I dati formeranno sicuramente oggetto di analisi più approfondite nei prossimi mesi.

L'aspetto più rilevante che il monitoraggio ha posto in luce riguarda l'ulteriore ridimensionamento della spesa ospedaliera e la contemporanea crescita della spesa per il funzionamento dei

servizi territoriali: è il risultato tangibile dell'impegno in atto nelle Regioni per un riequilibrio dei propri servizi in corrispondenza dei nuovi bisogni di assistenza che si sono manifestati. Il secondo articolo riporta, perciò, un'ampia rassegna dei provvedimenti che sono stati adottati, in questa materia, dalle Regioni nel corso degli anni.

Il terzo articolo, a firma del direttore generale della programmazione del Ministero della salute, Filippo Palumbo, illustra le iniziative in corso al fine di ricondurre l'attività di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, a partire dai dati dell'anno 2003, nell'ambito dei flussi ordinari del Sistema informativo sanitario gestito dal predetto Ministero. In prospettiva è atteso un miglioramento della qualità dei dati, anche attraverso un articolato programma, denominato "Mattoni del Servizio sanitario nazionale", che il Sistema informativo sanitario ha promosso nell'intento di creare, tra tutte le Regioni, una base metodologica comune di classificazione, codifica e conoscenza, che consenta la corretta articolazione dei sistemi di raccolta ed elaborazione dei dati a livello nazionale, regionale e locale.

L'ultimo articolo, a firma di Erasmo Santesso, contiene alcune riflessioni sulla possibilità di garantire i livelli di assistenza e far quadrare i conti, ossia di ricondurre la spesa sanitaria entro limiti compatibili con le risorse disponibili. Non si tratta, naturalmente, di una ricerca di formule taumaturgiche, bensì di un richiamo a non interpretare le deficienze finanziarie "come temporanee mancate assegnazioni di fondi necessari", ma a considerarle presupposti che impongono azioni e programmi di razionalizzazione, riorganizzazione, innovazione, eliminazione di costi per prestazioni inappropriate.

L'autore descrive, in proposito, alcune tipologie di azioni di risanamento, citando un concreto impegno manifestato dalla Giunta Regionale del Veneto con un atto deliberativo dell'aprile dell'anno 2003.

Nella rubrica *ASSR on line* si riportano i principali dati emersi da una ricerca, alla quale l'Agenzia per i servizi sanitari regionali ha partecipato assieme ad alcune Regioni, sulle caratteristiche della mobilità ospedaliera interregionale. Si tratta di un argomento finora poco approfondito.

La ricerca fornisce informazioni che consentono di identificare le dimensioni delle due diverse tipologie di mobilità: quella fisiologica o inevitabile e quella evitabile. La prima riguarda i ricoveri presso strutture extraregionali per ragioni accidentali o per prestazioni di alta specializzazione non garantite pienamente nella Regione di origine; la seconda si riferisce a prestazioni ospedaliere di ordinario livello.

Ma mentre la mobilità inevitabile può trovare, almeno nel breve-medio periodo, una sua logica giustificazione (anche se le politiche tese ad attrarre gli assistiti di altre Regioni, senza limitazioni, determinano un ostacolo ai processi di qualificazione delle aree meno dotate, accentuandone il grado di dipendenza), la mobilità evitabile deve essere, invece, sicuramente scoraggiata perché è causa di dispendio di risorse economiche pubbliche.

I recenti provvedimenti della Conferenza dei Presidenti delle Regioni che prevedono, attraverso una "Tariffa Unica Convenzionale" (TUC) l'incremento delle remunerazioni per alcune prestazioni qualificate e la riduzione, con finalità dissuasive, dei corrispettivi per le altre, rispondono perciò a logiche di riequilibrio e razionalizzazione del fenomeno che sono largamente condivisibili.



Regione per Regione i dati 2002

PREMESSA

È stata portata a termine, di recente, l'elaborazione dei dati di sintesi sulle prestazioni erogate nell'anno 2002, in tutte le Regioni, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

L'elaborazione trae origine dall'Accordo dell'8 agosto 2001 che ha demandato a un Tavolo di monitoraggio e verifica istituito presso la Segreteria della Conferenza Stato-Regioni e costituito da rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e da rappresentanti delle Regioni, con il supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il compito di rilevare i dati sui "livelli effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, articolati per fattori produttivi e responsabilità decisionali".

I dati che presentiamo in queste pagine non sono stati ancora sottoposti – per il "placet" formale – alla Conferenza Stato-Regioni, perché sia i rappresentanti dei Ministeri dell'Economia e della Salute che quelli delle Regioni nel Tavolo di monitoraggio hanno convenuto sull'opportunità di procedere, dopo aver effettuato la fotografia della situazione esistente, alla individuazione, attraverso un sottogruppo di lavoro, anche di "parametri macro-correttivi" per dare evidenza ai margini di inappropriately esistenti nei diversi ambiti di attività assistenziale che i dati stessi riflettono. Il relativo lavoro è stato avviato in questi giorni.

Nelle more della predetta elaborazione, vengono pubblicati in questo numero di "Monitor", le tabelle riassuntive sui livelli di assistenza, così come sono state predisposte, con il supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Preliminarmente alcuni elementi meritano di essere posti in evidenza:

- per la prima volta è stato possibile disporre di informazioni aggregate in modo omogeneo e confrontabile per tutte le 21 Regioni; nelle precedenti rilevazioni effettuate sperimentalmente, con riferimento agli anni 2000 e 2001, le Regioni partecipanti erano state rispettivamente 11 e 18;
- l'anno 2002 può essere, perciò, considerato come l'anno dell'effettivo avvio di un sistema di monitoraggio significativo, anche perché è il primo effettuato dopo l'entrata in vigore del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza;
- la qualità dei dati trasmessi dalle Regioni è migliorata rispetto alle precedenti rilevazioni sperimentali, anche se per alcune tipologie di assistenza permangono ancora difficoltà a rilevare in modo uniforme ed omogeneo i dati, sia a causa del diverso grado di sviluppo dei flussi informativi regionali, sia per la differente organizzazione dell'offerta di servizi.

La messa a punto del sistema consentirà ora di attivare un flusso informativo strutturato secondo la nuova impostazione, attraverso la modifica del modello LA del Sistema informativo sanitario gestito dal Ministro della salute, a partire dai dati dell'anno 2003.

La procedura, com'è noto, prevede che il predetto modello LA venga compilato dalle singole aziende sanitarie e consolidato dalle Regioni. Pertanto le aziende, con riferimento ai dati della contabilità analitica, dovranno adeguare i propri sistemi informativi per la rilevazione delle informazioni oggi non disponibili, quantificate attraverso stime. Solo allora la qualità dei dati rilevati potrà essere considerata soddisfacente.

Circa la rilevazione relativa all'anno 2002 va precisato che per alcune Regioni i costi comprendono anche prestazioni non rientranti nei livelli essenziali di assistenza, per difficoltà, da parte di dette Regioni, a quantificarne e incorporarne l'ammontare; si tratta, tuttavia, di oneri molto contenuti (agopuntura, certificazioni per attività sportive, contributi ex onig) che non possono certamente influenzare la complessiva attendibilità dei costi dei livelli di assistenza erogati. Undici Regioni hanno, comunque, comunicato i costi delle prestazioni aggiuntive che erogano ai propri cittadini (complessivi euro 164.630.023), che naturalmente non sono stati considerati nei costi dei LEA.

Dai dati rilevati risulta che, a livello nazionale, il costo medio pro-capite per erogare i livelli di assistenza nell'anno 2002, comprensivo degli oneri relativi agli ammortamenti, ammonta ad euro 1.409,30. Le elaborazioni sono state effettuate considerando la popolazione assoluta; non possono essere, quindi, utilizzate per

fare confronti tra le Regioni in quanto non tengono conto della variabilità dei consumi correlata alle diverse fasce di età della popolazione, ai diversi tassi di mortalità e agli altri fattori che definiscono i bisogni sanitari delle Regioni.

Di seguito vengono presentati i risultati dell'analisi dei dati trasmessi dalle 21 Regioni, dettagliati per ciascun livello di assistenza.

I LIVELLO

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Il primo livello comprende le seguenti aree di assistenza:

- attività di igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- attività di prevenzione rivolte alla persona;
- servizio medico legale.

Il valore medio rilevato del costo del livello è pari al 3,87% dei costi complessivi, corrispondente a un costo medio pro-capite di euro 54,59.

Al riguardo si evidenzia quanto segue:

- quattordici Regioni presentano nel 2002 valori superiori al 4%, di cui quattro presentano valori superiori al 5%;
- quattordici Regioni hanno fornito il dato relativo ai costi dell'ARPA che ammontano a complessivi euro 329.675.000;
- il valore medio rilevato del 3,87%, come negli anni precedenti, è sicuramente sottostimato, per la difficoltà da parte di alcune Regioni a determinare i costi relativi alle attività di prevenzione rivolte alla persona e al servizio medico legale, at-

tività che precedentemente al DPCM del 29 novembre 2001 venivano comprese nell'area dell'assistenza distrettuale.

II LIVELLO

Assistenza distrettuale

Il secondo livello comprende le seguenti aree di assistenza:

- assistenza di base;
- attività di emergenza sanitaria;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare;
- assistenza territoriale semiresidenziale;
- assistenza territoriale residenziale;
- assistenza termale.

Il valore medio rilevato del costo dell'assistenza distrettuale è pari al 49,54 per cento dei costi complessivi, corrispondente a un costo medio pro-capite di euro 698,13.

Nell'ambito dell'assistenza di base non si riscontrano sostanziali differenze tra i costi registrati nelle attività di medicina generale e pediatria delle diverse Regioni, in quanto tali aree sono omogeneamente remunerate secondo quanto previsto dalla convenzione nazionale. Alcune variazioni dipendono dal diverso rapporto esistente tra numero di medici e popolazione assistita che influenza alcuni costi variabili e dal numero di prestazioni aggiuntive erogate, in base a previsioni contenute nella disciplina nazionale, regionale e aziendale.

La situazione è più differenziata per quanto riguarda l'attività di guardia medica, in riferimento al rapporto fra numero di medici e popolazione servita e al relativo costo pro-capite, ed è legata presumibilmente alle partico-

lari caratteristiche del territorio considerato e quindi alla conseguente diversa organizzazione del servizio.

Il costo medio pro-capite dell'assistenza di base è pari a euro 82,57.

Per quanto riguarda l'attività di emergenza territoriale il costo medio pro-capite è pari a euro 14,12. La copertura territoriale del servizio sembra essere ben diversa; alcune Regioni meridionali registrano valori molto bassi, probabilmente perché l'attività di emergenza viene svolta dal servizio di pronto soccorso degli ospedali.

L'assistenza farmaceutica presenta, com'è ormai noto, valori differenziati nelle Regioni in tutti i parametri osservati (numero di ricette pro-capite, costo pro-capite).

Il costo pro-capite medio, complessivo della distribuzione diretta dei farmaci, è pari a euro 222,32.

Per quanto riguarda l'incidenza dell'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie territoriali sul totale dei costi, quindici Regioni superano il valore percentuale del 13% stabilito dalla legge 405/2001, anche se tre Regioni superano detto valore solo per poco. Nel complesso delle Regioni si registra un valore medio del 14,71%.

Ben venti Regioni hanno fornito il dato sulla distribuzione diretta dei farmaci attraverso le strutture ASL/AO; dai dati emerge che tale forma di erogazione dei farmaci è utilizzata in modo disomogeneo nelle diverse Regioni.

Per l'assistenza integrativa si registra un costo medio pro-capite di euro 10,87 e un'incidenza dello 0,77% sul totale dei costi.

Per l'assistenza specialistica si riscontrano nei valori regionali significative variabilità, attribuibili in parte ad oggettive difficoltà nella

quantificazione dei costi complessivi e nella determinazione del numero di prestazioni. Alcune Regioni hanno registrato difficoltà nella quantificazione dei costi e nel numero di prestazioni specialistiche erogate dagli ospedali pubblici a favore dei non ricoverati e, in particolare, in quelle erogate dal pronto soccorso; per tali Regioni i dati sono, di conseguenza, sottostimati.

Il costo pro-capite è pari a euro 181,21; l'incidenza del costo del livello sul totale è pari al 12,86%.

Diciannove Regioni hanno fornito il dato disaggregato per attività clinica, per attività di laboratorio e per attività di diagnostica strumentale e per immagini; il 54% del costo dell'assistenza specialistica si riferisce all'attività clinica, il 24% all'attività di laboratorio e il 22% all'attività di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Per l'assistenza protesica si osserva un costo medio pro-capite di euro 14,20 e un'incidenza sul totale dei costi pari a 1,01%; per alcune Regioni il dato è comprensivo anche dell'assistenza integrativa.

Per le aree dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, semi-residenziale e residenziale va posto in particolare evidenza il più alto grado di variabilità dei dati. Anche qui pesa il fattore di disomogeneità delle fonti informative regionali, ma è presumibile che i valori osservati riflettano una effettiva variabilità nel grado di copertura del bisogno assistenziale. In questo settore si manifesta l'effetto delle politiche di integrazione socio-sanitaria che vedono le Regioni presentare situazioni molto diversificate.

Nello specifico, per l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare (assistenza domi-

ciliare, assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale ai tossicodipendenti, ai disabili psichiatrici, attività dei consultori) si osserva un costo medio pro-capite pari ad euro 58,20 e un'incidenza sul totale dei costi del 4,13%.

Per l'assistenza semiresidenziale (a favore di: anziani non autosufficienti, soggetti con problemi psichiatrici, disabili, tossicodipendenti, malati terminali e persone affette da Aids) il costo-pro-capite è pari a euro 33,52 e l'incidenza sul totale dei costi è pari al 2,38%.

Per l'assistenza residenziale si osserva un costo medio pro-capite di euro 79,43 e un'incidenza percentuale sul totale dei costi del 5,64%.

Non si può non evidenziare che, rispetto alla rilevazione effettuata lo scorso anno con riferimento ai dati 2001, quasi tutte le Regioni sono riuscite a rilevare i dati 2002 disaggregati per tipologia di utenti.

In particolare, per quanto riguarda l'assistenza agli anziani non autosufficienti si registrano i seguenti valori:

- per l'assistenza domiciliare, il costo medio pro-capite è pari ad euro 13,68;
- per l'assistenza semiresidenziale, il costo medio pro-capite è pari ad euro 2,51;
- per l'assistenza residenziale, il costo medio pro-capite è pari ad euro 35,92.

Per quanto riguarda l'assistenza alle persone con problemi psichiatrici si registrano i seguenti valori:

- per l'assistenza ambulatoriale territoriale: il costo medio pro-capite è pari ad euro 10,63;
- per l'assistenza semiresidenziale: il costo medio pro-capite è pari ad euro 11,37;
- per l'assistenza residenziale: il costo me-

dio pro-capite è pari ad euro 15,35.

Per l'assistenza termale la variabilità dei costi deve essere ricondotta alla disomogenea presenza degli stabilimenti termali nelle Regioni; il costo medio pro-capite è pari ad euro 2,44; l'incidenza sul totale dei costi è pari a 0,17%.

III LIVELLO Assistenza ospedaliera

Il costo pro-capite medio del livello dell'assistenza ospedaliera è pari ad euro 656,58.

L'incidenza percentuale media sul totale dei costi è pari al 46,59%.

Gli aspetti di variabilità possono essere analizzati utilizzando i parametri di riferimento previsti dalla normativa vigente (tasso di ospedalizzazione 160 per mille abitanti, dotazione di posti letto 5 per mille abitanti, di cui 4 per acuti e 1 per riabilitazione e lungodegenza, riserva del 10% dei posti letto al day hospital).

Il tasso di ospedalizzazione, molto superiore a quello previsto dalla normativa vigente, varia da un minimo di 187,38 a un massimo di 243,66 ricoveri per mille abitanti; tuttavia si deve tener presente che tale indicatore risente sia dell'inclusione dei ricoveri relativi ai neonati sani in occasione della nascita (non compresi nella normativa del 160 per mille), sia delle modalità di compilazione della scheda di dimissione per il day hospital medico (frequentemente, ancorché la normativa preveda la compilazione di una scheda per cicli di accessi, viene compilata una scheda per ciascun accesso; in tal modo viene moltiplicato impropriamente il numero di ricoveri, anche se ciò non produce un incremento dei costi, perché il finanziamento è correlato al singolo accesso).

Il numero di posti letto per acuti varia da

un minimo di 3,24 a un massimo di 5,14.

Il numero di posti letto di riabilitazione e lungodegenza varia da un minimo di 0,10 a un massimo di 1,39.

Non vi è dubbio che i dati rilevati testimoniano la presenza di margini di interventi di razionalizzazione correlati alla promozione dell'appropriatezza nell'uso dell'assistenza ospedaliera e al ridimensionamento strutturale della rete ospedaliera. È, comunque, da evidenziare un apprezzabile miglioramento delle modalità di erogazione delle prestazioni ospedaliere rispetto alle rilevazioni effettuate negli anni precedenti.

Si ricorda, al riguardo, che il Tavolo di lavoro, nella relazione (approvata dalla Conferenza Stato-Regioni il 14 ottobre 2001) che

ha preceduto la definizione dei livelli essenziali di assistenza avvenuta con il DPCM del 29 novembre 2001, aveva individuato, per il triennio 2002-2004, dei valori percentuali di riferimento per l'allocazione delle risorse finanziarie nelle tre aree di assistenza: 5% per la prevenzione, 49,5% per l'assistenza distrettuale e 45,5% per l'ospedaliera.

Nella rilevazione effettuata con riferimento ai costi sostenuti dalle Regioni nell'anno 2000, l'incidenza dell'assistenza ospedaliera sul totale dei costi era pari al 49,8%, nell'anno 2001 al 48,1 e nell'anno 2002 è scesa al 46,6%. È realistico prevedere, pertanto, che alla fine del triennio i costi per l'assistenza ospedaliera possano essere contenuti nel limite del 45,5% dei costi complessivi.

Allocazione delle risorse finanziarie nelle tre aree di assistenza

Livelli	Valori % riferimento triennio 2002-2004 (11 Regioni)	Valori % rilevati nell'anno 2000 (18 Regioni)	Valori % rilevati nell'anno 2001 (21 Regioni)	Valori % rilevati nell'anno 2002
Prevenzione	5%	3,6%	4,3%	3,9%
Ass. distrettuale	49,5%	46,6%	47,6%	49,5%
Ass. ospedaliera	45,5%	49,8%	48,1%	46,6%

Costi pro-capite per i Lea (popolazione residente) - Anno 2002

Livelli di Assistenza	Media	Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Bolzano	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria
A ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	54,59	62,80	103,52	55,76	81,73	65,82	61,02	43,92	36,19
1 Igiene e sanità pubblica	19,86	15,61	18,71	16,91	31,25	13,74	28,83	22,86	19,17
2 Igiene degli alimenti e della nutrizione	5,12	7,32	10,39	3,76	6,57	25,89	2,88	2,80	5,52
3 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	7,60	8,21	9,04	7,32	10,92	8,84	5,11	3,97	4,81
4 Sanità pubblica e veterinaria	15,58	20,57	44,77	15,37	21,38	17,34	14,67	8,03	6,69
5 Attività di prevenzione rivolte alla persona	4,73	3,39	13,77	8,05	4,69		5,91	4,62	
6 Servizio medico-legale	3,48	7,70	6,84	4,35	6,91		3,62	1,63	
B.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE	698,13	714,71	749,75	699,98	836,45	770,15	660,92	681,09	786,69
1 Assistenza di base	82,57	74,27	83,28	67,93	79,82	86,79	81,80	71,12	74,66
1.1 Guardia Medica (compresa Guardia turistica)	11,16	7,15	10,37	3,89	10,68	11,17	7,49	5,33	8,53
1.2 Medicina generale	59,47	57,34	61,61	53,25	57,89	61,60	62,21	57,71	55,25
1.3 Pediatria di libera scelta	11,95	9,78	11,31	10,79	11,25	14,02	12,10	8,08	10,88
2 Attività di emergenza sanitaria (Centrale operativa 118 ed emergenza territoriale)	14,12	15,84	64,50	14,79	22,32	-1,77	13,88	7,47	11,98
3 Assistenza farmaceutica - Totale	222,32	204,37	194,73	215,38	142,18	155,91	180,87	194,38	252,59
3.1 - assistenza farmaceutica attraverso le farmacie territoriali ex art. 8 lett. a) L.405/2001	207,30	190,34	183,34	189,82	139,73	150,40	171,31	185,41	228,15
3.2 - assistenza farmaceutica - distribuzione diretta strutture ASL/AO	16,50	14,03	11,39	25,56	2,44	5,51	9,56	8,97	24,44
4 Assistenza Integrativa	10,87	22,86	16,25	6,61	28,97		5,84	15,09	5,63
5 Assistenza Specialistica ambulatoriale Totale	181,21	239,66	223,39	199,37	235,30	221,79	158,56	171,68	237,49
5.1 - attività clinica	97,39	125,53	139,22	117,64	145,78	127,06	77,42	88,40	172,10
5.2 - attività di laboratorio	44,51	58,67	53,99	44,80	45,22	46,75	41,30	46,61	25,92
5.3 - attività di diagnostica strumentale e per immagini	40,16	55,46	30,18	36,93	44,30	48,14	39,84	36,67	39,48
6 Assistenza Protesica	14,20	15,28	9,20	15,89	39,71	34,94	10,50	8,47	11,43
7 Assistenza Territoriale ambulatoriale e domiciliare	58,20	48,79	113,09	49,47	87,98	79,54	58,68	106,28	83,98
7.1 ADI EADP (compresi brevi cicli di fisiochinesiterapia o attività infermieristica);	16,52	10,17	13,19	16,27	30,98		27,81	70,23	10,12
7.1.1 - a favore di anziani non autosufficienti	13,68	8,10		14,14	8,21		22,84	56,11	
7.1.2 - a favore di altri utenti	3,83	2,07		2,12	22,77		4,98	14,13	
7.2 Assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare	9,73	2,14	21,99	2,10	18,61		9,32	4,44	21,00
7.3 Assistenza territoriale a favore di persone con problemi psichiatrici	10,63	10,79	6,24	8,28	23,01		3,74	13,49	21,19
7.4 Assistenza territoriale per SERT, consultori, ed altre attività non rientranti nelle precedenti	22,47	25,70	71,67	22,83	15,38		17,81	18,12	31,67

Regione per Regione i dati 2002

Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
64,66	67,54	57,93	58,92	43,08	66,88	73,60	45,14	46,29	66,87	57,18	39,40	79,06
22,99	20,88	8,49	23,79		21,69	37,03	19,49	16,57	28,19	14,65	18,43	24,47
3,14	7,06	8,61	4,86		6,61	5,25	6,14	3,88	2,83	6,65	3,35	9,38
9,46	20,37	11,49	4,96		6,32	4,88	5,81	5,94	4,00	9,56	3,86	9,13
19,12	13,24	18,21	17,66		16,80	25,80	12,32	12,43	21,86	18,26	10,35	36,09
6,60	1,64	6,00	3,91		8,76		0,86	5,14	8,53	6,03	1,45	
3,34	4,35	5,13	3,75		6,70	0,64	0,52	2,32	1,45	2,03	1,95	
792,92	753,79	713,48	750,73	718,85	676,32	648,57	697,33	613,27	545,07	656,16	658,05	608,23
82,69	78,93	88,45	94,06	71,96	93,53	112,18	96,66	80,99	94,03	103,28	96,52	98,56
7,22	7,73	9,92	12,62	3,70	15,49	33,66	18,01	8,91	25,55	24,36	27,58	20,62
64,92	59,44	66,56	70,60	56,75	62,44	67,61	64,46	56,34	58,80	62,07	58,73	64,54
10,55	11,77	11,96	10,84	11,51	15,59	10,91	14,19	15,74	9,68	16,86	10,21	13,40
25,21	16,77	16,00	26,00	13,04	15,18	21,86	18,94	1,80	1,42	14,35	9,85	0,04
223,81	218,67	212,62	234,40	237,89	241,96	229,68	232,48	241,02	218,35	237,96	238,34	238,36
198,64	186,57	200,28	212,50	237,89	233,38	212,71	226,51	221,79	217,94	231,43	235,81	199,92
25,16	32,10	12,34	21,89		8,58	11,22	5,97	19,23	0,41	6,53	2,54	38,43
7,52	11,50	14,40		13,23	2,49		11,20	6,26	12,84	21,62	11,82	
237,74	216,31	191,14	221,01	190,63	128,21	131,50	142,60	133,41	109,08	102,15	163,49	111,64
149,96	107,89	115,69	127,97		51,48	88,74	58,62	52,82	63,93	31,40		65,79
46,18	51,73	45,50	41,42		35,69	17,56	47,50	45,87	25,54	34,74		30,25
41,60	56,69	29,95	51,62		41,04	32,04	36,48	34,72	19,61	36,01		15,60
14,32	9,33	22,52	14,95	13,93	9,85	17,06	10,76	12,57	14,74	14,64	15,76	25,75
75,65	70,60	76,98	67,84	82,58	75,55	42,76	27,47	68,63	40,91	44,40	39,40	38,09
23,23	12,50	35,67	23,10	16,80	28,82	15,88	2,60	8,97	2,46	11,39	15,17	
17,51		22,77		16,80	22,90		1,57	8,04	2,41		9,51	
5,72		12,90			5,91		1,03	0,93	0,05		5,66	
		7,95	14,57	14,86	26,42	23,37	9,30	19,53	18,50	8,63	7,17	
30,00		15,94	10,33		9,61	1,39	4,83	10,49	14,53	15,68	4,84	
22,41		17,41	19,83	50,92	10,70	2,13	10,73	29,64	5,43	8,70	12,22	

segue a pag. 16

segue da pag. 15

Costi pro-capite per i Lea (popolazione residente) - Anno 2002

Livelli di Assistenza	Media	Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Bolzano	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria
8 Assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affet. AIDS) TOTALE	33,52	16,87	2,02	13,19	47,66	5,35	41,72	39,43	11,72
8.1 - a favore di anziani non autosufficienti	2,51	1,27	0,53	0,65	15,29		2,14	5,79	0,54
8.2 - a favore di persone con problemi psichiatrici	11,37	4,55		7,01	11,43	2,98	15,14	20,50	2,44
8.3 - a favore di disabili fisici e psichici	13,12	8,35	1,49	4,86	11,92	1,04	14,16	7,46	8,59
8.4 - a favore di tossicodipendenti e alcolisti	5,73	1,65		0,44	8,97	1,34	10,28	5,68	0,13
8.5 - a favore di altri utenti	2,64	1,04		0,23	0,04				
9 Assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affet. AIDS) TOTALE:	79,43	75,14	40,77	115,54	152,29	182,38	107,08	64,49	95,53
9.1 - a favore di anziani non autosufficienti	35,92	35,50	4,90	72,72	85,57	159,70	63,98	44,73	38,12
9.2 - a favore di persone con problemi psichiatrici	15,35	16,71	21,37	16,20	7,73	10,35	17,14	7,70	22,34
9.3 - a favore di disabili fisici e psichici	16,45	13,19	4,47	21,97	1,35	5,04	8,88	11,06	31,14
9.4 - a favore di tossicodipendenti e alcolisti	4,49	5,31	10,03	3,02	8,24	3,90	4,45	1,00	3,93
9.5 - a favore di altri utenti	7,72	4,42		1,64	49,40	3,38	12,64		
10 Assistenza termale	2,44	1,64	2,53	1,81	0,24	5,23	1,98	2,68	1,68
C.I. ASSISTENZA OSPEDALIERA (COMPENSIVA DI P.S.)	656,58	638,47	834,64	617,22	908,10	837,51	679,98	713,99	692,05
1 ricoveri ospedalieri	643,24	620,50	820,07	597,29	904,30	837,51	664,85	692,30	692,05
1.1 Degenza ordinaria > 1 giorno	535,16			501,51		633,43		637,28	571,04
1.2 Day hospital e day surgery	72,08			65,85		130,07		49,43	108,75
1.3 Degenza ordinaria 0-1 giorno	23,17			29,93		74,02		5,59	12,26
2 Attività di pronto soccorso	16,61	17,97	14,57	19,93	3,79		15,12	21,69	
TOTALE COMPLESSIVO	1.409,30	1.415,99	1.687,92	1.372,95	1.826,27	1.673,47	1.401,93	1.439,00	1.514,94
S.P.D.C. (spesa sostenuta nella regione)		12,12		9,43	n.d.	n.d.	11,24	n.d.	13,27
S.P.D.C. per residente (al netto della mobilità passiva)		11,71	17,17	n.d.	n.d.	n.d.	11,10	n.d.	n.d.

Note:

PA.Trento: il dato negativo relativo all'emergenza sanitaria si riferisce ai soli costi della mobilità sanitaria. I costi dell'Assistenza protesica sono comprensivi dei costi sostenuti per l'Assistenza integrativa.

Toscana: l'attività di prevenzione rivolta alle persone comprende i soli costi delle mammografie e non i costi delle vaccinazioni.

Sardegna: i costi dell'attività di prevenzione rivolta alle persone e del servizio medico legale sono presenti nei costi dell'igiene e sanità pubblica ad eccezione degli screening che sono compresi nell'assistenza distrettuale; l'assistenza protesica comprende anche l'assistenza integrativa; il dato sull'emergenza sanitaria si riferisce ai soli costi della mobilità; i dati relativi alla mobilità attiva sono incompleti.

Fonte: Scheda di rilevazione dati di costi, risorse, domanda/attività

Regione per Regione i dati 2002

Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
20,40	57,69	33,46	23,73	34,88	45,58	33,60	86,12	13,73	13,94	39,58	25,41	54,55
2,25	1,72	0,32	1,00		1,18	5,18	6,65	0,53	3,17	3,47	3,20	5,14
4,63	29,74	14,16	9,55	5,30	12,64	7,83	26,38	5,16	4,30	14,57	7,50	16,88
12,53	13,78	16,20	12,95	19,99	14,18	16,49	34,98	7,02	6,46	5,61	8,47	21,19
0,71	12,45	2,78	0,24	9,59	4,84	4,09	10,86	1,02		15,93	6,24	11,35
0,28					12,73		7,25					
101,09	71,94	57,52	65,76	58,59	61,02	57,97	69,07	52,35	37,72	72,66	54,17	39,35
60,98	41,03	28,77	26,24	26,65	8,89	22,82	1,77	2,00	4,86	29,04	8,13	3,10
23,80	12,61	17,57	15,08	14,60	21,37	16,06	12,72	21,83	5,90	17,69	6,13	8,09
9,13	12,68	6,29	2,37	11,51	19,82	5,81	34,61	24,40	14,54	10,47	8,63	21,04
5,58	2,73	4,89	3,76	1,46	6,02	1,72	5,49	3,01	5,34	11,23	7,83	4,36
1,60	2,89		18,30	4,36	4,91	11,55	14,48	1,11	7,09	4,24	23,44	2,75
4,50	2,05	0,41	3,00	2,11	2,94	1,97	2,03	2,50	2,04	5,52	3,29	1,90
608,31	627,93	635,29	631,91	674,91	712,83	691,14	673,04	622,16	696,15	649,01	668,80	731,37
599,84	610,10	610,11	619,49	674,91	697,96	691,14	641,64	597,07	684,53	649,01	675,18	731,37
			523,18							584,11		
			79,79							64,90		
8,48	17,83	25,18	12,42		14,87		31,41	25,09	11,62		-6,38	
1.465,89	1.449,26	1.406,70	1.441,57	1.436,84	1.456,03	1.413,31	1.415,51	1.281,72	1.308,09	1.362,35	1.366,24	1.418,66
9,90	n.d.	6,70	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.	5,25		n.d.	n.d.	n.d.
n.d.	8,95	n.d.	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.	n.d.

Ripartizione percentuale dei costi per i Lea (popolazione residente) - Anno 2002

Livelli di Assistenza	Media	Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Bolzano	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria
A ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	3,87%	4,44%	6,13%	4,06%	4,48%	3,93%	4,35%	3,05%	2,39%
1 Igiene e sanità pubblica	1,41%	1,10%	1,11%	1,23%	1,71%	0,82%	2,06%	1,59%	1,27%
2 Igiene degli alimenti e della nutrizione	0,36%	0,52%	0,62%	0,27%	0,36%	1,55%	0,21%	0,19%	0,36%
3 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	0,54%	0,58%	0,54%	0,53%	0,60%	0,53%	0,36%	0,28%	0,32%
4 Sanità pubblica e veterinaria	1,11%	1,45%	2,65%	1,12%	1,17%	1,04%	1,05%	0,56%	0,44%
5 Attività di prevenzione rivolte alla persona	0,34%	0,24%	0,82%	0,59%	0,26%		0,42%	0,32%	
6 Servizio medico-legale	0,25%	0,54%	0,41%	0,32%	0,38%		0,26%	0,11%	
B.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE	49,54%	50,47%	44,42%	50,98%	45,80%	46,02%	47,14%	47,33%	51,93%
1 Assistenza di base	5,86%	5,24%	4,93%	4,95%	4,37%	5,19%	5,83%	4,94%	4,93%
1.1 Guardia Medica (compresa Guardia turistica)	0,79%	0,50%	0,61%	0,28%	0,58%	0,67%	0,53%	0,37%	0,56%
1.2 Medicina generale	4,22%	4,05%	3,65%	3,88%	3,17%	3,68%	4,44%	4,01%	3,65%
1.3 Pediatria di libera scelta	0,85%	0,69%	0,67%	0,79%	0,62%	0,84%	0,86%	0,56%	0,72%
2 Attività di emergenza sanitaria (Centrale operativa 118 ed emergenza territoriale)	1,00%	1,12%	3,82%	1,08%	1,22%	-0,11%	0,99%	0,52%	0,79%
3 Assistenza farmaceutica - Totale	15,78%	14,43%	11,54%	15,69%	7,78%	9,32%	12,90%	13,51%	16,67%
3.1 - assistenza farmaceutica attraverso le farmacie territoriali ex art. 8 lett. a) L.405/2001	14,71%	13,44%	10,86%	13,83%	7,65%	8,99%	12,22%	12,88%	15,06%
3.2 - assistenza farmaceutica - distribuzione diretta strutture ASL/AO	1,17%	0,99%	0,67%	1,86%	0,13%	0,33%	0,68%	0,62%	1,61%
4 Assistenza Integrativa	0,77%	1,61%	0,96%	0,48%	1,59%		0,42%	1,05%	0,37%
5 Assistenza Specialistica ambulatoriale Totale	12,86%	16,93%	13,23%	14,52%	12,88%	13,25%	11,31%	11,93%	15,68%
5.1 - attività clinica	6,91%	8,87%	8,25%	8,57%	7,98%	7,59%	5,52%	6,14%	11,36%
5.2 - attività di laboratorio	3,16%	4,14%	3,20%	3,26%	2,48%	2,79%	2,95%	3,24%	1,71%
5.3 - attività di diagnostica strumentale e per immagini	2,85%	3,92%	1,79%	2,69%	2,43%	2,88%	2,84%	2,55%	2,61%
6 Assistenza Protesica	1,01%	1,08%	0,54%	1,16%	2,17%	2,09%	0,75%	0,59%	0,75%
7 Assistenza Territoriale ambulatoriale e domiciliare	4,13%	3,45%	6,70%	3,60%	4,82%	4,75%	4,19%	7,39%	5,54%
7.1 ADI EADP (compresi brevi cicli di fisiochinesiterapia o attività infermieristica):	1,17%	0,72%	0,78%	1,18%	1,70%		1,98%	4,88%	0,67%
7.1.1 - a favore di anziani non autosufficienti	0,97%	0,57%		1,03%	0,45%		1,63%	3,90%	
7.1.2 - a favore di altri utenti	0,27%	0,15%		0,15%	1,25%		0,35%	0,98%	
7.2 Assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare	0,69%	0,15%	1,30%	0,15%	1,02%		0,66%	0,31%	1,39%
7.3 Assistenza territoriale a favore di persone con problemi psichiatrici	0,75%	0,76%	0,37%	0,60%	1,26%		0,27%	0,94%	1,40%
7.4 Assistenza territoriale per SERT, consultori, ed altre attività non rientranti nelle precedenti	1,59%	1,81%	4,25%	1,66%	0,84%		1,27%	1,26%	2,09%

Regione per Regione i dati 2002

Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
4,41%	4,66%	4,12%	4,09%	3,00%	4,59%	5,21%	3,19%	3,61%	5,11%	4,20%	2,88%	5,57%
1,57%	1,44%	0,60%	1,65%		1,49%	2,62%	1,38%	1,29%	2,15%	1,08%	1,35%	1,72%
0,21%	0,49%	0,61%	0,34%		0,45%	0,37%	0,43%	0,30%	0,22%	0,49%	0,25%	0,66%
0,65%	1,41%	0,82%	0,34%		0,43%	0,35%	0,41%	0,46%	0,31%	0,70%	0,28%	0,64%
1,30%	0,91%	1,29%	1,23%		1,15%	1,83%	0,87%	0,97%	1,67%	1,34%	0,76%	2,54%
0,45%	0,11%	0,43%	0,27%		0,60%		0,06%	0,40%	0,65%	0,44%	0,11%	
0,23%	0,30%	0,36%	0,26%		0,46%	0,04%	0,04%	0,18%	0,11%	0,15%	0,14%	
54,09%	52,01%	50,72%	52,08%	50,03%	46,45%	45,89%	49,26%	47,85%	41,67%	48,16%	48,17%	42,87%
5,64%	5,45%	6,29%	6,52%	5,01%	6,42%	7,94%	6,83%	6,32%	7,19%	7,58%	7,06%	6,95%
0,49%	0,53%	0,71%	0,88%	0,26%	1,06%	2,38%	1,27%	0,70%	1,95%	1,79%	2,02%	1,45%
4,43%	4,10%	4,73%	4,90%	3,95%	4,29%	4,78%	4,55%	4,40%	4,50%	4,56%	4,30%	4,55%
0,72%	0,81%	0,85%	0,75%	0,80%	1,07%	0,77%	1,00%	1,23%	0,74%	1,24%	0,75%	0,94%
1,72%	1,16%	1,14%	1,80%	0,91%	1,04%	1,55%	1,34%	0,14%	0,11%	1,05%	0,72%	
15,27%	15,09%	15,11%	16,26%	16,56%	16,62%	16,25%	16,42%	18,80%	16,69%	17,47%	17,44%	16,80%
13,55%	12,87%	14,24%	14,74%	16,56%	16,03%	15,05%	16,00%	17,30%	16,66%	16,99%	17,26%	14,09%
1,72%	2,21%	0,88%	1,52%		0,59%	0,79%	0,42%	1,50%	0,03%	0,48%	0,19%	2,71%
0,51%	0,79%	1,02%		0,92%	0,17%		0,79%	0,49%	0,98%	1,59%	0,87%	
16,22%	14,93%	13,59%	15,33%	13,27%	8,81%	9,30%	10,07%	10,41%	8,34%	7,50%	11,97%	7,87%
10,23%	7,44%	8,22%	8,88%		3,54%	6,28%	4,14%	4,12%	4,89%	2,30%		4,64%
3,15%	3,57%	3,23%	2,87%		2,45%	1,24%	3,36%	3,58%	1,95%	2,55%		2,13%
2,84%	3,91%	2,13%	3,58%		2,82%	2,27%	2,58%	2,71%	1,50%	2,64%		1,10%
0,98%	0,64%	1,60%	1,04%	0,97%	0,68%	1,21%	0,76%	0,98%	1,13%	1,07%	1,15%	1,81%
5,16%	4,87%	5,47%	4,71%	5,75%	5,19%	3,03%	1,94%	5,35%	3,13%	3,26%	2,88%	2,68%
1,58%	0,86%	2,54%	1,60%	1,17%	1,98%	1,12%	0,18%	0,70%	0,19%	0,84%	1,11%	
1,19%		1,62%		1,17%	1,57%		0,11%	0,63%	0,18%		0,70%	
0,39%		0,92%			0,41%		0,07%	0,07%	0,00%		0,41%	
		0,57%	1,01%	1,03%	1,81%	1,65%	0,66%	1,52%	1,41%	0,63%	0,52%	
2,05%		1,13%	0,72%		0,66%	0,10%	0,34%	0,82%	1,11%	1,15%	0,35%	
1,53%		1,24%	1,38%	3,54%	0,73%	0,15%	0,76%	2,31%	0,42%	0,64%	0,89%	

segue a pag. 20

segue da pag. 19

Ripartizione percentuale dei costi per i Lea (popolazione residente) - Anno 2002

Livelli di Assistenza	Media	Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Bolzano	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria
8 Assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affet.AIDS) TOTALE	2,38%	1,19%	0,12%	0,96%	2,61%	0,32%	2,98%	2,74%	0,77%
8.1 - a favore di anziani non autosufficienti	0,18%	0,09%	0,03%	0,05%	0,84%		0,15%	0,40%	0,04%
8.2 - a favore di persone con problemi psichiatrici	0,81%	0,32%		0,51%	0,63%	0,18%	1,08%	1,42%	0,16%
8.3 - a favore di disabili fisici e psichici	0,93%	0,59%	0,09%	0,35%	0,65%	0,06%	1,01%	0,52%	0,57%
8.4 - a favore di tossicodipendenti e alcolisti	0,41%	0,12%		0,03%	0,49%	0,08%	0,73%	0,39%	0,01%
8.5 - a favore di altri utenti	0,19%	0,07%		0,02%	0,002%				
9 Assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affet.AIDS) TOTALE:	5,64%	5,31%	2,42%	8,42%	8,34%	10,90%	7,64%	4,48%	6,31%
9.1 - a favore di anziani non autosufficienti	2,55%	2,51%	0,29%	5,30%	4,69%	9,54%	4,56%	3,11%	2,52%
9.2 - a favore di persone con problemi psichiatrici	1,09%	1,18%	1,27%	1,18%	0,42%	0,62%	1,22%	0,54%	1,47%
9.3 - a favore di disabili fisici e psichici	1,17%	0,93%	0,26%	1,60%	0,07%	0,30%	0,63%	0,77%	2,06%
9.4 - a favore di tossicodipendenti e alcolisti	0,32%	0,38%	0,59%	0,22%	0,45%	0,23%	0,32%	0,07%	0,26%
9.5 - a favore di altri utenti	0,55%	0,31%		0,12%	2,70%	0,20%	0,90%		
10 Assistenza termale	0,17%	0,12%	0,15%	0,13%	0,01%	0,31%	0,14%	0,19%	0,11%
C.I.ASSISTENZA OSPEDALIERA (COMPENSIVA DI P.S.)	46,59%	45,09%	49,45%	44,96%	49,72%	50,05%	48,50%	49,62%	45,68%
1 ricoveri ospedalieri	45,64%	43,82%	48,59%	43,50%	49,52%	50,05%	47,42%	48,11%	45,68%
1.1 Degenza ordinaria > 1 giorno	37,97%			36,53%		37,85%		44,29%	37,69%
1.2 Day hospital e day surgery	5,11%			4,80%		7,77%		3,44%	7,18%
1.3 Degenza ordinaria 0-1 giorno	1,64%			2,18%		4,42%		0,39%	0,81%
2 Attività di pronto soccorso	1,18%	1,27%	0,86%	1,45%	0,21%		1,08%	1,51%	
TOTALE COMPLESSIVO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Note:

PA.Trento: il dato negativo relativo all'emergenza sanitaria si riferisce ai soli costi della mobilità sanitaria. I costi dell'Assistenza protesica sono comprensivi dei costi sostenuti per l'Assistenza integrativa.

Toscana: l'attività di prevenzione rivolta alle persone comprende i soli costi delle mammografie e non i costi delle vaccinazioni.

Sardegna: i costi dell'attività di prevenzione rivolta alle persone e del servizio medico legale sono presenti nei costi dell'igiene e sanità pubblica ad eccezione degli screening che sono compresi nell'assistenza distrettuale; l'assistenza protesica comprende anche l'assistenza integrativa; il dato sull'emergenza sanitaria si riferisce ai soli costi della mobilità; i dati relativi alla mobilità attiva sono incompleti.

Fonte: Scheda di rilevazione dati di costi, risorse, domanda/attività

Regione per Regione i dati 2002

Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
1,39%	3,98%	2,38%	1,65%	2,43%	3,13%	2,38%	6,08%	1,07%	1,07%	2,91%	1,86%	3,84%
0,15%	0,12%	0,02%	0,07%		0,08%	0,37%	0,47%	0,04%	0,24%	0,25%	0,23%	0,36%
0,32%	2,05%	1,01%	0,66%	0,37%	0,87%	0,55%	1,86%	0,40%	0,33%	1,07%	0,55%	1,19%
0,86%	0,95%	1,15%	0,90%	1,39%	0,97%	1,17%	2,47%	0,55%	0,49%	0,41%	0,62%	1,49%
0,05%	0,86%	0,20%	0,02%	0,67%	0,33%	0,29%	0,77%	0,08%		1,17%	0,46%	0,80%
0,02%					0,87%		0,51%					
6,90%	4,96%	4,09%	4,56%	4,08%	4,19%	4,10%	4,88%	4,08%	2,88%	5,33%	3,96%	2,77%
4,16%	2,83%	2,05%	1,82%	1,86%	0,61%	1,61%	0,13%	0,16%	0,37%	2,13%	0,60%	0,22%
1,62%	0,87%	1,25%	1,05%	1,02%	1,47%	1,14%	0,90%	1,70%	0,45%	1,30%	0,45%	0,57%
0,62%	0,87%	0,45%	0,16%	0,80%	1,36%	0,41%	2,44%	1,90%	1,11%	0,77%	0,63%	1,48%
0,38%	0,19%	0,35%	0,26%	0,10%	0,41%	0,12%	0,39%	0,24%	0,41%	0,82%	0,57%	0,31%
0,11%	0,20%		1,27%	0,30%	0,34%	0,82%	1,02%	0,09%	0,54%	0,31%	1,72%	0,19%
0,31%	0,14%	0,03%	0,21%	0,15%	0,20%	0,14%	0,14%	0,20%	0,16%	0,41%	0,24%	0,13%
41,50%	43,33%	45,16%	43,84%	46,97%	48,96%	48,90%	47,55%	48,54%	53,22%	47,64%	48,95%	51,55%
40,92%	42,10%	43,37%	42,97%	46,97%	47,94%	48,90%	45,33%	46,58%	52,33%	47,64%	49,42%	51,55%
			36,29%							42,88%		
			5,54%							4,76%		
0,58%	1,23%	1,79%	0,86%		1,02%	0,00%	2,22%	1,96%	0,89%		-0,47%	
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Indicatori economico-finanziari e di attività per i LEA - Anno 2002

Livelli di Assistenza		Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria	Emilia Romagna
A ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO									
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	Costo medio per soggetto attivo	12,19	13,08	16,48	13,12	11,87	9,12	7,46	14,20
Attività di prevenzione rivolte alla persona	n. di vaccinazioni sulla popolazione residente <=2anni	1,3	0,4	7,5		2,0			2,5
	% pap-test sulla popolazione femminile compresa fra 25-65 anni	13,7%	23,5%	10,4%		9,6%	26,9%	6,6%	16,9%
	% mammografie sulla popolazione femminile compresa fra 45-69 anni	14,9%	32,9%	35,3%		14,8%	28,8%	30,1%	28,1%
B ASSISTENZA DISTRETTUALE									
1.1) Guardia medica (compresa Guardia turistica)	Numero medici GM sulla pop. residente per 10.000 ab.	1,1	2,2	1,7	4,3	1,7	1,3	1,7	2,8
	Numero visite effettuate dalla GM sulla pop. residente per 10.000 ab	1.213	506	432	1.931	980	1.045	590	1.529
1.2) Medicina generale	Numero MMG sulla pop. residente >13 aa. per 10.000 ab.	9,2	9,5	8,9	9,0	8,8	10,0	9,5	9,0
	Numero scelte MMG/ numero MMG	1.099	1.058	1.110	1.119	1.160	1.019	764	1.109
1.3) Pediatria di libera scelta	Numero PLS scelta sulla pop. residente <=13 aa. per 10.000 ab.	8,6	10,4	9,6	1,5	9,3	9,4	10,8	11,3
	Numero scelte PLS/Numero PLS	813	762	760	794	861	756	764	782
3) assistenza farmaceutica attraverso le farmacie territoriali	Costo medio per ricetta	26,04	27,98	28,51		25,17	26,39	27,80	25,45
	Numero ricette pro-capite	7,3	6,5	6,8		6,8	7,0	8,2	7,8
5) Assistenza specialistica ambulatoriale	Costo medio per prestazione di ass. specialistica ambulatoriale	18,58	16,60	13,13		10,51	14,96	18,22	16,86
	Numero di prestazioni di ass. specialistica pro capite	12,9	13,5	15,3		15,3	11,5		13,9
5.1) di cui: -attività clinica	Costo medio per attività clinica	33,87	35,90	25,24		17,02	31,78	48,16	57,01
	Numero di prestazioni di attività clinica pro-capite	3,7	3,9	4,7		4,6	2,8		2,6
5.2) di cui: -attività di laboratorio	Costo medio per attività di laboratorio	7,11	6,05	4,65		4,28	5,70	3,12	4,56
	Numero di prestazioni di attività di laboratorio pro-capite	8,2	9,0	9,7		9,8	8,2		10,0
5.3) di cui: -attività di diagnostica strum.	Costo medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini	58,28	48,76	41,35		45,10	70,71	33,92	31,15
	Numero di prestazioni di diagnostica per immagini pro capite	0,9	0,6	0,9		0,9	0,5		1,3
7) Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare									
7.1) ADI e ADP	Numero utenti per 10.000 ab.	126,9	98,4	120,2	89,5	318,1	405,5	65,3	163,8
di cui: -a favore di anziani non autosufficienti	Numero utenti per 10.000 ab.	87,1	67,2			261,0			90,9
di cui: -a favore di altri utenti	Numero utenti per 10.000 ab.	39,8	31,3			57,1			72,9

Regione per Regione i dati 2002

Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
	17,57	11,36		19,44	7,55	16,10	19,28	6,13		10,85	22,58
1,0	1,4	0,3		10,4	1,0		2,4	0,4	0,3	0,1	2,0
12,9%	16,1%	17,3%		41,9%	9,7%		1,1%	21,9%	8,1%	12,3%	9,1%
25,0%	11,9%	16,2%		13,5%	14,5%		0,7%	20,8%	7,1%	2,1%	6,8%
2,5	2,8	2,6		4,2	6,6	3,9	2,4	7,8	6,1	3,6	6,8
1.546	1.293	2.020		1.420	320	2.912	2.133	5.233		2.244	1.072
9,7	9,7	9,1	10,4	9,6	8,8	9,2	9,5	10,3	11,3	7,3	9,5
806	1.050	1.118	993	898	730	838	1.150	1.011	870	1.356	971
9,9	10,6	9,6	11,1	11,0	8,5	7,7	9,0	9,4	9,2	7,7	10,8
772	753	842	784	625	773	863	820	519	708	922	968
22,74 8,2	22,49 9,1	25,65 8,3	26,15 9,1		27,61 7,7	27,05 8,3	28,91 7,7	25,12 8,7	27,91 8,3	27,81 8,5	26,98 7,5
17,52	19,89	14,25	14,31	13,53	11,30	10,60	12,96	15,40	7,53	19,42	9,67
12,4	9,4	15,4	13,3	9,2	11,4	13,4	10,3	7,0	13,9	8,4	11,5
32,98	26,99	28,04			29,59	14,29	15,22	23,29	7,34		13,02
3,3	4,2	4,5	4,4	4,3	3,0	4,1	3,5	2,7	4,2		5,0
6,17	9,14	4,08		7,67		5,48	7,34	6,28	3,69		5,10
8,4	4,9	10,1	8,3	4,5	7,8	8,6	6,2	4,0	9,3		5,9
81,95	86,70	65,67			49,09	53,32	60,29	74,60	77,04		27,99
0,7	0,3	0,8	0,7	0,4	0,6	0,7	0,6	0,3	0,5		0,6
78,2	195,6	92,5				12,6	50,3	51,0		10,2	153,7
70,1	99,6	82,4				10,9	42,4	50,4		7,1	10,1
8,1	96,1	10,1				1,7	8,0	0,6		3,1	143,6

segue a pag. 24

segue da pag. 23

Indicatori economico-finanziari e di attività per i LEA - Anno 2002

Livelli di Assistenza		Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria	Emilia Romagna
8) Assistenza territoriale semi-residenziale									
di cui: - a favore di anziani non autosufficienti	Numero utenti per 10.000 ab.	0,3	10,8	5,5		1,5	0,5	2,1	7,6
	Numero giornate per utente	119,9		54,4		105,2	113,0	135,8	147,1
di cui: - a favore di persone con problemi psichiatrici	Numero utenti per 10.000 ab.	8,1		10,6	5,4	8,2	20,8	7,4	10,2
	Numero giornate per utente	69,4		36,1	40,0	80,0	44,9	42,0	50,0
di cui: - a favore di disabili	Numero utenti per 10.000 ab.	2,5	2,2	7,1		7,3	0,9	6,1	6,4
	Numero giornate per utente	171,3	99,0	179,6		183,1	186,5	184,4	208,3
di cui: - a favore di tossicodipendenti e alcolisti	Numero utenti per 10.000 ab.			0,3				1,0	0,4
	Numero giornate per utente			140,7				49,0	253,1
di cui: - a favore di altri utenti	Numero utenti per 10.000 ab.							0,1	
	Numero giornate per utente							140,3	
9) Assistenza territoriale residenziale									
Totale utenti per 10.000 ab.									
di cui: - a favore di anziani non autosufficienti	Numero utenti per 10.000 ab.	23,6	86,2	79,9	84,8	63,9	108,3	55,4	54,7
	Numero giornate per utente	256,4		223,9	365,0	268,2	135,0	154,9	222,3
di cui: - a favore di persone con problemi psichiatrici	Numero utenti per 10.000 ab.	3,1	5,8	4,2	1,9	4,1	8,6	6,1	8,5
	Numero giornate per utente	239,3	314,5	194,4	249,0	259,6	85,6	261,6	91,2
di cui: - a favore di disabili	Numero utenti per 10.000 ab.	1,6		5,9		7,5	7,8	10,7	2,9
	Numero giornate per utente	285,7		271,1		238,4	88,3	192,8	294,2
di cui: - a favore di tossicodipendenti e alcolisti	Numero utenti per 10.000 ab.	4,6	9,7	3,3	3,2	5,5		6,0	3,5
	Numero giornate per utente	82,9	146,5	214,0	110,2	122,4		137,4	181,3
di cui: - a favore di altri utenti	Numero utenti per 10.000 ab.			0,1	0,1				0,4
	Numero giornate per utente			39,8	273,8				140,3
C ASSISTENZA OSPEDALIERA									
POSTI LETTO	Posti Letto acuti DO per 1.000 ab.	2,84	3,46	3,77	3,64	3,91	4,30	4,28	4,07
	Posti Letto acuti DH per 1.000 ab.	0,40	0,24	0,41	0,34	0,45	0,44	0,54	0,47
	Posti Letto riabilitazione DO per 1.000 ab.	0,76		0,59	1,24	0,58	0,28	0,27	0,28
	Posti Letto riabilitazione DH per 1.000 ab.			0,05	0,15	0,03	0,01	0,01	0,04
	Tasso di utilizzo	92,52	90,73	78,87	89,30	77,21	75,93	86,57	85,36

Regione per Regione i dati 2002

Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
2,6	1,0						0,4	2,9		1,2	
149,5	164,5						142,4	183,1			
4,3	2,7		3,1	0,5		2,9	2,4	2,3	2,3	1,7	36,4
113,2	192,7		77,3	31,8		62,6	241,9	310,0		50,2	164,3
3,1	5,0		5,1			0,3	3,0	3,4	0,7	0,2	1,4
159,3	203,3		304,0			53,7	141,9	322,4		20,8	16,6
0,9	0,8			1,2			0,5				
90,6	80,0			313,8			31,4				
			1,5								
			329,9								
30,7	10,4		14,6	17,1		0,2	0,9	3,6	4,3	1,6	0,4
258,0	287,1		365,0	62,6		254,1	295,5	271,6		86,8	288,6
2,0	4,7		9,9	5,5		1,5	5,4	4,0	0,5	3,3	1,8
268,6	305,2		84,3	72,8		239,9	328,2	285,4		209,8	217,0
3,1	1,1		3,7	0,7		0,4	5,6	11,1	3,1	1,4	0,8
254,0	313,4		365,0	276,6		296,4	252,5	229,6		178,6	204,0
5,0	1,5			3,4			4,1	3,1		2,2	2,1
120,1	250,8			12,7			97,4	227,4		30,3	214,7
				4,2			0,3	5,8		0,4	
				25,6			294,7	248,6		31,4	
4,09	3,21	4,19	3,98			2,92	3,93	4,21	4,28		5,11
0,51	0,52	0,41	0,39			0,32	0,30	0,37	0,42		0,03
0,32	0,13	0,36	0,96			0,46	0,16		0,42		0,10
0,021	0,03	0,006	0,06			0,02	0,004		0,01		
70,13	80,20	70,33	81,74		79,14	80,41	75,72	61,74			58,53

segue a pag. 26

segue da pag. 25

Indicatori economico-finanziari e di attività per i Lea - Anno 2002

Livelli di Assistenza		Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria	Emilia Romagna
INDICI DI OSPEDALIZZAZIONE	Tasso di ospedalizzazione complessivo	187,38	203,13	219,11	229,77	196,37	181,98	243,66	206,72
	Tasso di ospedalizzazione per DO	119,73	130,69	137,93	160,62	125,73	118,72	137,95	125,77
	Tasso di ospedalizzazione per DH	57,30	59,28	58,08	56,42	57,74	40,06	85,64	59,80
	Tasso di ospedalizzazione per degenze 0 - 1 giorno	10,34	13,16	23,10	12,73	12,89	23,20	20,08	21,15
	Degenza media	9,51	7,18	7,36	9,37	8,74	7,75	8,95	8,54
COSTI	Costo medio per dimesso	3.370,79	3.965,28	2.754,07	3.635,16	3.340,29	3.805,24	2.822,20	2.951,65
	Costo medio per PL	154.772,96	195.143,50	132.677,41	150.580,83	137.447,46	141.062,55	136.661,91	122.501,80
	Costo medio per giornata di degenza	453,20	552,22	459,27	461,96	472,03	558,23	407,70	407,41
	Incidenza % del costo del personale ospedaliero sul costo totale del personale	57,98%	57,87%	61,62%	66,17%	66,35%	63,22%	60,02%	55,37%
PESO MEDIO	Peso medio dei ricoveri 0-6 anni	0,58	0,48	0,61	0,70	0,82	0,56	0,66	0,82
	Peso medio dei ricoveri 7-64 anni	1,05	1,00	1,00	0,77	1,02	0,89	0,82	0,92
	Peso medio dei ricoveri 65 e + anni	1,34	1,35	1,23	0,98	1,31	1,11	1,02	1,18
MOBILITÀ	Indice di attrazione	6,17	11,07	9,20	11,47	8,68	9,36	11,72	12,29
	Indice di fuga	8,01	20,31	3,72	14,26	4,62	7,17	10,60	5,83

Note:

Lombardia: nell'assistenza specialistica sono comprese anche le prestazioni specialistiche della psichiatria.

Veneto: il dato relativo ai tossicodipendenti assistiti in regime residenziale comprende anche i tossicodipendenti assistiti in regime semiresidenziale. Il numero di prestazioni pro capite relative all'Assistenza Specialistica è il totale erogato in Regione e non il totale per residente.

Emilia-Romagna: nell'assistenza specialistica - attività clinica - sono comprese anche le prestazioni di diagnostica strumentale erogate in strutture classificate con disciplina clinica.

Toscana: il dato relativo agli utenti assistiti in regime semiresidenziale è parziale.

Lazio: relativamente all'assistenza specialistica le prestazioni erogate nel PS non seguite da ricovero sono comprese nei costi e non nel numero di prestazioni; conseguentemente il costo medio per prestazione risulta essere più alto di quello reale.

Sardegna: i dati relativi agli utenti assistiti in regime semiresidenziale sono incompleti.

Regione per Regione i dati 2002

Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
195,11	206,92	210,69	209,56		223,27	221,89	221,76	213,37			231,44
128,07	121,09	140,57	140,79		178,29	138,52	167,73	138,34			147,54
52,84	66,01	48,80	53,79		26,76	52,15	30,99	56,87			65,50
14,19	19,82	21,33	14,98		18,23	31,22	23,04	18,16			18,40
7,50	6,61	7,31	9,32		7,22	6,16	6,04	6,05			6,83
3.040,66	3.028,30	2.937,41	3.148,37		3.031,70	2.834,50	2.667,35	2.821,40			3.072,57
127.083,61	170.301,26	121.546,98	121.536,18		126.785,10	161.007,35	130.600,10	131.853,94			132.681,80
482,90	554,14	470,47	391,78		444,89	535,07	481,10	551,88			566,01
57,73%	63,83%	59,93%	57,45%		66,58%	69,63%	67,11%	78,91%			70,76%
0,59	0,53	0,58	0,65		0,54	0,56	0,59	0,56			0,59
1,04	1,08	1,00	0,97		0,86	0,90	0,92	0,89			0,90
1,38	1,49	1,32	1,27		1,20	1,23	1,26	1,20			1,12
10,66	14,60	8,36	7,55		22,53	2,71	4,20				1,57
5,51	9,89	10,49	6,45		23,23	7,41	6,93	10,02			3,92

Modalità e costi del finanziamento dell'Arpa - Anno 2002

	Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria
NORMATIVE DI RIFERIMENTO	L.R.n 60/1995, L.R.n 28/2002	L.R. n 41/1995	L.R. n 16/1999		L.R. n 32/1996		
CRITERI DI FINANZIAMENTO							
- valorizzazione delle prestazioni effettuate secondo le tariffe regionali		x					
- costi di produzione delle prestazioni effettuate			x				
- % forfettaria sul totale dei costi					x		
- Altri criteri	% del FSR, finanziamenti dei Comuni e delle Province, più introiti derivanti da tariffe					non sono effettuati pagamenti pagamenti diretti da parte delle Aziende sanitarie	
FINANZIAMENTO EROGATO (in migliaia di euro)	48.030	442	46.500		46.124		19.884
% DEL FINANZIAMENTO EROGATO SUL TOTALE DEI COSTI	79,80%	10,10%	74,00%		70,40%		

Fonte: scheda rilevazione Arpa

Regione per Regione i dati 2002

Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sardegna
L.R. n 44/1995, L.R. n 18/1999	L.R. n 66/1995, art.3 L.R. 50/2001	L.R. n 6/1998			L.R. n 10/1998	L.R. n 6/1999, DPGR n 627/2002	L.R. n.27/1997	L.R. n 20/1999	Ordinanza Comm.Gov. n.323/2002
				x					
spesa storica	fino al 2001 % FSR, poi spesa storica rivalutata con tasso inflazione programmata	% FSR	x		spesa storica personale e attività per funzioni trasferite dalle aziende sanitarie	finanziamento indistinto per le spese di avvio	% FSR in base alle attività attribuite; fino al 2002 tutti i costi sono gravati sul FSR	la normativa non ha avuto concreta esecuzione	%FSR
42.600	37.701	6.662	10.846	28.921	20.658	698	7.231		13.378
59,47%	73,80%		58,70%		53,50%	100,00%	100,00%		

Costi delle prestazioni non riconducibili ai LEA (allegato 2A del Dpcm 29 novembre 2001)

Livelli di Assistenza	Totale	Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Bolzano	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria
TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI									
- chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite									
- circoncisione rituale maschile	419.105								
- medicine non convenzionali	46.063								
- vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero	339.000	300.000	31.000						
- certificazioni mediche	15.126.855		2.231.000	8.800.000			1.704.000		
- prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale indicate nell'all.2A), escluse laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia	13.366.000	1.550.000	44.000	11.583.000					
- prestazioni di laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia (qualora non incluse nell'all.2B su disposizione regionale)	12.086.000	1.289.000	516.000	10.165.000					
- assegni di cura	17.233.000								
- contributi per la pratica riabilitativa denominata metodo DOMAN	103.000		27.000			58.000			
- ausili tecnici non inseriti nel nomenclatore tariffario, materiali d'uso e di medicazione	7.401.000	7.063.000	338.000						
- prodotti apoproteici	4.608.000	1.791.000	7.000	964.000					
- prestazioni aggiuntive dei MMG e PLS previste da accordi regionali/aziendali	42.409.000	4.354.000	194.000	35.701.000					
- altro	51.493.000		1.169.000	12.311.000	37.314.000	687.000			
Totale	164.630.023	16.347.000	4.557.000	79.524.000	37.314.000	745.000	1.704.000		

Fonte: scheda di rilevazione prestazioni non riconducibili ai LEA

Anno 2002											
Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sardegna
	419.105										
	46.063										
		3.000				5.000					
1.005.280	1.094.575	292.000									
		30.000				159.000					
		42.000				74.000					
17.043.000		190.000									
		18.000									
		296.000				150.000	1.400.000				
		169.000				1.301.000	690.000				
						12.000					
18.048.280	1.559.743	1.040.000				1.701.000	2.090.000				

Stima dei costi per assistenza territoriale a favore di persone con problemi psichiatrici e Spdc

Regioni	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare a favore di persone con problemi psichiatrici		Assistenza territoriale semiresidenziale a favore di persone con problemi psichiatrici	
	pro capite	totale	pro capite	totale
Piemonte	10,79	46.286.197	4,55	19.518.276
Valle D'Aosta	6,24	752.475		
Lombardia	8,28	75.527.792	7,01	63.943.215
Bolzano	23,01	10.705.725	11,51	5.355.189
Trento	10,63	5.079.641	2,98	1.424.020
Veneto	3,74	16.982.790	15,14	68.748.514
Friuli Venezia Giulia	13,49	16.034.133	20,50	24.366.177
Liguria	21,19	34.349.329	2,44	3.955.279
Emilia Romagna	30,00	120.259.890	4,63	18.560.110
Toscana	10,63	37.711.031	29,74	105.505.743
Umbria	15,94	13.397.283	14,16	11.901.225
Marche	10,33	15.176.784	9,55	14.030.812
Lazio	10,63	56.363.470	5,30	28.102.201
Abruzzo	9,61	12.313.130	12,64	16.195.417
Molise	1,39	454.776	7,83	2.561.796
Campania	4,83	27.928.239	26,38	152.535.597
Puglia	10,49	42.868.518	5,16	21.086.897
Basilicata	14,53	8.787.846	4,30	2.600.670
Calabria	15,68	32.038.756	14,57	29.770.706
Sicilia	4,84	24.571.228	7,50	38.075.250
Sardegna	10,63	17.518.708	16,88	27.818.983
Italia		615.107.740		656.056.077

ITALIA (Totale costi per assistenza territoriale a favore di persone con problemi psichiatrici e SPDC) 2.711.320.937

Nota: per l'Assistenza ambulatoriale è stimato il dato delle Regioni: Toscana, Lazio, Sardegna e della P.A. Trento; per i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (assistenza ospedaliera) è stimato il dato delle Regioni: Friuli V. Giulia, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna e delle P.A. Bolzano e Trento.

(valori espressi in euro) - Anno 2002

Assistenza territoriale residenziale a favore di persone con problemi psichiatrici		SPDC	
pro capite	totale	pro capite	totale
16,71	71.681.405	11,71	50.232.750
21,37	2.576.987	17,17	2.070.513
16,20	147.771.767	9,43	86.017.763
7,73	3.596.491	9,55	4.443.271
10,35	4.945.841	9,55	4.563.553
17,14	77.830.220	11,10	50.403.468
7,70	9.152.174	9,55	11.351.073
22,34	36.213.497	13,27	21.510.882
23,80	95.406.179	9,90	39.685.764
12,61	44.735.286	8,95	31.751.056
17,57	14.767.269	6,70	5.631.229
15,08	22.155.461	8,51	12.502.849
14,60	77.413.609	9,55	50.636.984
21,37	27.381.018	9,55	12.236.253
16,06	5.254.463	9,55	3.124.540
12,72	73.550.144	9,55	55.220.430
21,83	89.210.653	5,25	21.454.692
5,90	3.568.361	9,55	5.775.907
17,69	36.145.765	9,55	19.513.400
6,13	31.120.171	9,55	48.482.485
8,09	13.332.676	9,55	15.738.820
887.809.436		552.347.684	

Meno ospedale e più territorio: il trend continua

34

monitor

Da tre anni si è instaurato il “percorso virtuoso” delle Regioni e dei rappresentanti del Ministero della salute e di quello dell’Economia e Finanze, con il supporto dell’ASSR, per la rilevazione dei costi dei Livelli Essenziali di Assistenza. La ricognizione che strada facendo si è arricchita in termini di copertura del territorio nazionale, di esaustività, specificità ed omogeneità, è tuttavia, come precisato altrove in questo numero, ancora da considerarsi sperimentale.

Ciò rende estremamente complesso fare delle accurate valutazioni di confronto, tuttavia è possibile intravedere alcune linee di tendenza.

In particolare, dal confronto dei dati riferiti agli anni 2002-2001, emerge un incremento dell’incidenza percentuale dei costi del livello di Assistenza distrettuale che passa dal 47,60 per cento al 49,73 per cento nel 2002. L’incremento, pari a circa 2 punti percentuali, è sostanzialmente uniforme in tutte le Regioni, con alcuni picchi in Valle d’Aosta, circa 4 punti, in Calabria e Lazio, dove aumenta di più 3 punti percentuali.

Per contro l’incidenza dei costi del livello di assistenza ospedaliera, che nel 2001 era pari al 48,07 per cento, nel 2002 scende al 46,31 per cento. Il decremento è piuttosto disomogeneo da Regione a Regione, con riduzioni più significative in Valle d’Aosta (dal 53,81% al 49,45%), in Lombardia (dal 46,74% al 44,96%), nel Lazio (da 50,14% a 46,97%), in Emilia Romagna (da 43,83% a 41,50%), in Calabria (da 50,12% a 47,64%).

L’analisi degli indicatori di struttura e di attività per il livello di Assistenza ospedaliera mostra una generale tendenza alla diminuzione del numero di posti letto di degenza ordinaria per acuti per mille abitanti. Tale decremento è meno consistente nelle Regioni che già avevano negli anni passati provveduto alla riorganizzazione della loro rete ospedaliera, più marcato nelle Regioni che solo di recente hanno messo in campo strategie di riordino. È comunque interessante rilevare come, a fronte di tale riduzione, si assista all’incremento della percentuale dei posti letto di day hospital per acuti e di quelli di riabilitazione (degenza ordinaria e day hospital). L’area dei ricoveri riabilitativi si attesta comunque generalmente su percentuali inferiori all’uno per mille abitanti.

Gli indicatori di attività mostrano un generale incremento del tasso di utilizzo dei posti letto, accompagnato da un modesto aumento della durata media della degenza (in riferimento ai ricoveri ordinari).

La necessità di potenziare i servizi territoriali e di ricondurre l’ospedale al

suo ruolo fondamentale di cura delle patologie più complesse è presente da decenni nella programmazione sia nazionale sia regionale.

Con il Psn 1998-2000 questo obiettivo si associa all'indicazione di riallocare risorse e attività tra i livelli di assistenza, destinando più risorse al territorio rispetto a quelle previste per l'ospedale.

Il Psn 2003-05 opera un ulteriore passaggio, facendo riferimento all'ospedale come una sede di erogazione extraterritoriale, e indicando la necessità di promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari.

Queste scelte trovano conferma nei principali atti programmatici adottati dopo la riforma del Titolo V della Costituzione:

- provvedimento di definizione dei LEA, che da un lato sviluppa il livello dell'assistenza distrettuale tramite una serie di sottolivelli che consentono di definire meglio l'area di assistenza e, dall'altro, indica come scelta di fondo la ricerca dell'appropriatezza clinica e organizzativa, soprattutto riferite all'ospedale, anche al fine di recuperare risorse per lo sviluppo dei servizi sul territorio. Il Tavolo di lavoro che ha predisposto lo schema di provvedimento ha anche individuato alcuni parametri tendenziali di allocazione delle risorse tra i livelli di assistenza (5% prevenzione, 49,5% assistenza distrettuale, 45,5% assistenza ospedaliera);
- legge 405 del 2001 che unisce a una serie di indicazioni puntuali per la riduzione della spesa sanitaria, la definizione di uno standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie.

I dati rilevati dal Tavolo di monitoraggio dei LEA dell'anno 2002 testimoniano che le Regioni stanno gradualmente avvicinandosi ai valori percentuali di riferimento per l'allocazione delle risorse tra le macro-aree di assistenza individuati dal Tavolo di lavoro Costi/LEA del 2001 e approvati dalla Conferenza Stato-Regioni.

Le Regioni hanno messo in campo diversi strumenti programmatici per conseguire questi obiettivi; di seguito si riportano le principali indicazioni contenute nei Piani sanitari, nei DPEFR (documento di programmazione economico-finanziaria regionale) e in alcuni provvedimenti specifici.

PIEMONTE

La Regione è da lungo tempo impegnata in obiettivi di razionalizzazione della rete ospedaliera e di sviluppo dei servizi sanitari. Nell'ambito dei recenti provvedimenti regionali di attuazione dei LEA, vanno richiamati alcuni provvedimenti. Tra questi, la Delib. G.R. 23-12-2003 n. 51-11389, in cui la Regione si impegna ad erogare i LEA socio-sanitari in modo più ampio di quanto previsto dall'allegato 1C del provvedimento nazionale di definizione dei LEA.

Interessante anche la Delib. G.R. 21-12-2001 n. 11-4878, che prevede la conversione di alcune tipologie di ricovero ordinario in interventi di day-hospital, la conversione delle attività di acuzie a ciclo ordinario dei presidi minori in nuove attività a ciclo diurno e l'utilizzo dei letti per attività riabilitativa e residenziale. A ciò si accompagna la conversione dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione funzionale in ricoveri di riabilitazione specializzata, prevalentemente neuromotoria, cardiologica, pneumologica (previste dal DPEFR 2004-2006). Tale processo, che si sta attuando con una trattativa con le

associazioni della ospedalità privata, prevede, a conclusione, la riconversione di 500 posti letto già dedicati alla lungodegenza e riabilitazione di utenza cronica non autosufficiente che più propriamente possono trovare un luogo di cura pertinente nei nuclei RSA.

La scelta di fondo, in linea con il provvedimento nazionale sui LEA, è l'applicazione da parte delle Aziende di criteri rigorosi in materia di appropriatezza delle prestazioni.

VALLE D'AOSTA

La Regione ha orientato da sempre la programmazione verso una diversificazione dell'offerta sanitaria sul territorio. Il PSSR 2002-04 pone, tra le priorità strategiche con caratteri di urgenza assoluta, quella di organizzare e gestire modelli di "long term care", con forme di assistenza per breve/medio periodo per anziani e disabili in fase di convalescenza post-acuta; riabilitazione estensiva; gestione a lungo termine di pazienti non autosufficienti.

La DGR 235/2003 prevede la prosecuzione delle azioni di riduzione del tasso di ospedalizzazione nell'ambito delle diverse misure per l'attuazione dei LEA:

- a) mantenimento rispetto all'anno 2001 del numero di ricoveri ordinari (anno 2001: 16.256);
- b) incremento rispetto all'anno 2001 del numero di ricoveri in day-hospital per il trattamento di DRG chirurgici sul totale dei ricoveri in regime di day-hospital (anno 2001: 6.070);
- c) verifica della corretta applicazione delle linee guida concernenti le attività di day surgery e ambulatoriale di cui alla DGR n. 5022/2001;
- d) riduzione rispetto all'anno 2001 dell'incidenza delle giornate di degenza sul totale per ricoveri ordinari.

LOMBARDIA

Il PSSR 2002-04 fissa importanti obiettivi, che in seguito hanno trovato sviluppo in una pluralità di atti: la differenziazione delle strutture ospedaliere in relazione alla tipologia di assistenza erogata (di base, media, elevata, intensiva); il blocco dell'accREDITamento di nuovi posti letto fino al raggiungimento dello standard di 4 posti letto per acuti per mille abitanti, che richiede la riduzione nel medio/lungo periodo di circa 5.400 posti letto per acuti e l'incremento di 1.500 posti letto di lungodegenza; mentre per la riabilitazione il Piano prevede una riorganizzazione generale, in un'ottica di rete delle diverse tipologie di strutture ospedaliere ed extraospedaliere.

Per quanto riguarda i servizi territoriali, la priorità va allo sviluppo del sistema delle cure primarie e di diverse forme di sostegno delle persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, implementando il sistema del voucher socio-sanitario.

Interessante la previsione di assegnare alle ASL, per lo stesso anno 2004, l'obiettivo di controllare l'appropriatezza della presa in carico per almeno il 10% medio annuo delle persone fragili seguite in ciascuna delle diverse unità d'offerta socio-sanitarie, assumendo le conseguenti azioni, laddove necessario, di carattere amministrativo e/o sanzionatorio.

Il recente Dpefr 2004-06 punta anche sulle sperimentazioni, con forme innovative di gestione del patrimonio immobiliare, nuove aperture su collaborazioni pubblico-privato e fondazioni nonché l'applicazione della negoziazione fra ASL e soggetti erogatori, anche sui servizi territoriali. Prevede, inoltre, lo sviluppo del modello lombardo del welfare, con l'attivazione su tutto il territorio regionale dei voucher

socio-sanitari per l'acquisto dei servizi di assistenza domiciliare integrata, la riforma delle RSA e delle Residenze sanitarie per disabili "attraverso un graduale passaggio da una remunerazione predeterminata per posto letto a una remunerazione variabile sulla base delle esigenze effettive dell'ospite".

BOLZANO

La Provincia autonoma di Bolzano non è destinataria delle disposizioni sulla riorganizzazione della rete ospedaliera di cui alla legge 405 del 2001 e precedenti; in ogni caso il Piano sanitario provinciale 2000-02 prevede la differenziazione delle sette strutture ospedaliere pubbliche presenti, secondo la tipologia dell'assistenza erogata, con un ospedale "specialistico" (centrale), e ospedali "aziendali" e "di base". Si punta alla reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale per una maggiore appropriatezza nella risposta al bisogno di salute della popolazione e per una maggiore sostenibilità economica del sistema.

Il PSP 2000-2002 non prevede riconversioni di strutture ospedaliere, mentre opera per la loro riqualificazione e per un riequilibrio dei posti letto con:

- riduzione graduale dei posti per acuti, da 2.254 a 2.036, nel medio-lungo periodo;
- potenziamento dei posti per riabilitazione e lungodegenza post acuzie, dagli attuali 20 a 200 p.l.;
- contestuale potenziamento e diversificazione delle strutture territoriali.

Sia il PSP 2000-02 sia gli atti successivi mirano allo sviluppo dell'ADI in tutte e 4 le aziende sanitarie della Provincia e allo sviluppo di nuove tecnologie e di modalità assistenziali alternative all'ospedalizzazione, con un ripensa-

mento dell'organizzazione ospedaliera, configurandone l'intervento come assistenza riservata alle patologie acute e all'alta specializzazione.

TRENTO

La Provincia autonoma di Trento ha ridimensionato la propria rete ospedaliera, passando da 11 a 7 ospedali pubblici che sono stati differenziati, prevedendo un ruolo provinciale per gli Ospedali di Trento e di Rovereto, con concentrazione delle attività di maggiore specializzazione, mentre gli altri presidi sono gestiti dai distretti sanitari nei cui ambiti territoriali sono situati. Gli "ospedali di distretto" devono assumere un nuovo ruolo, con arricchimento delle attività di assistenza specialistica ambulatoriale e una maggiore integrazione nella comunità locale, per una più concreta aderenza alle esigenze della popolazione.

Queste scelte si collegano ad un potenziamento dei servizi territoriali, affermato in più provvedimenti. Da ultimo nella delibera di Giunta che fissa gli obiettivi per l'Azienda sanitaria provinciale (DGP 12.12.2003, n. 3149), che prevede la riallocazione delle attività e delle risorse, con valorizzazione delle attività di prevenzione e di assistenza territoriale rispetto al tradizionale e prevalente attenzione alla componente ospedaliera. Si evidenzia, tra l'altro, la promozione di un "programma sperimentale di sviluppo dell'ADI" sostenuta dal contributo straordinario della Provincia.

VENETO

Il modello sanitario della Regione Veneto si fonda su una forte tradizione di integrazione socio-sanitaria, che risale alle principali scelte effettuate negli anni 1994-95: la costituzione di aziende ULSS (Unità Locali Socio-Sanitarie); l'attribuzione alle stesse di una centralità nella

programmazione sanitaria complessiva, anche ospedaliera, che ha portato alla costituzione di due sole aziende ospedaliere nei centri universitari di Padova e Verona. Questi principi sono confermati dalle scelte successive, che prevedono la valorizzazione della funzione del distretto socio-sanitario e un unico strumento programmatico (il Piano di zona) per definire strategie comuni di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.

Con il PSR 1996-98, tuttora in vigore, e con la legge n. 740/99 si è dato avvio al processo di riorganizzazione della rete ospedaliera del Veneto, riducendo lo standard complessivo ai 5,2 posti letto per 1000 abitanti, di cui 4,5 per il pubblico pari a 20.387 posti letto e lo 0,7 pari a 3.415 posti letto per il privato preaccreditato per complessivi 23.802 posti letto.

Successivamente la Regione ha ritenuto necessario avanzare, con la DGR 3223/2002, un ulteriore progetto di revisione delle dotazioni ospedaliere, da attuarsi nell'arco del triennio 2002-2004, non solo al fine di un adeguamento ai nuovi standard di legge, con dotazione media di 4 posti letto per acuti per 1000 abitanti, ma soprattutto per garantire una più efficiente distribuzione delle risorse e più efficaci modelli di gestione delle medesime.

Per quanto riguarda la riabilitazione, la Regione prevede un moderato incremento della dotazione di posti letto per post acuzie e riabilitazione.

La riduzione dei posti letto è accompagnata anche da una riduzione delle unità operative autonome, resa possibile attraverso l'attuazione dei dipartimenti, i quali dovranno costituire la forma organizzativa fondamentale dell'assistenza ospedaliera, nonché dall'obiettivo di raggiungere il tasso di ospedalizzazione del 160 per mille

per l'attività di ricovero a ciclo continuo.

Il processo di ridefinizione della rete ospedaliera rappresenta una parte rilevante ma non esaustiva di un più generale riassetto strutturale, che a sua volta rappresenta parte di un'azione più complessiva che sta investendo il sistema socio sanitario veneto finalizzato al riadeguamento del fabbisogno finanziario e il rilancio dell'integrazione socio-sanitaria.

Esso si inserisce nell'ambito di 4 grandi processi di adeguamento strutturale che riguardano:

- la ridefinizione della rete ospedaliera;
- la ridefinizione della rete delle residenze sanitarie extraospedaliere, con una gamma di strutture differenziate che agiscono in modo coordinato con il sistema delle cure domiciliari;
- la programmazione e l'implementazione del sistema di assistenza domiciliare (prevedendo di assicurare 80.000-100.000 trattamenti annui domiciliari, di cui 20.000 ad intensità elevata);
- l'organizzazione distrettuale, con un modello di distretto a forte integrazione socio-sanitaria (DGR n. 3242 del 2001) e con programmazione unitaria delle attività tramite il Piano di zona, sia la valorizzazione del ruolo dei MMG e PLS.

La nuova programmazione contenuta nel provvedimento 3223 fissa l'obiettivo di portare la dotazione complessiva pubblica a privata dai 22.899 posti letto al 21.12.2000, raggiunti sulla base della DGR 740/99, fino a 21.067 posti letto. La scheda allegata al provvedimento indica i posti letto per ciascuna delle 22 ULSS della Regione, distinti per area e diversifica la rete ospedaliera, prevedendo gli "ospedali di rete a forte integrazione"; i "centri sanitari poli-

funzionali con attività di ricovero diurno”; gli ospedali dismessi e anche le forme di “sperimentazione gestionale”.

Accanto a questo obiettivo, il Veneto sviluppa un programma per l’assistenza territoriale, che conferma le scelte sul distretto socio-sanitario operate con il PSR 1996-98 e mira ad adeguare il distretto alla luce del DLgs. 229/99 e della legge 328/2000. Le nuove indicazioni riguardano la dimensione del distretto con 60.000 abitanti di norma, l’organizzazione, gli strumenti operativi e le funzioni.

FRIULI VENEZIA GIULIA

La revisione della rete ospedaliera della Regione risale agli anni ’90, trovando organico riferimento nella LR n. 13 del 1995, che – pur non completamente attuata – costituisce un esempio per l’organicità della manovra prevista, unendo ad obiettivi di qualificazione della rete ospedaliera e all’individuazione di piccoli presidi da riconvertire, anche indicazioni sul contestuale potenziamento della rete dei servizi sanitari territoriali. La stessa legge prevede, infatti, la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti, con posti letto per una quota variabile tra lo 0,5 e l’1 per cento della popolazione ultra sessantacinquenne.

Successivamente questa quota è stata ridimensionata, anche per la diversificazione dell’offerta di servizi sul territorio (il PIMT 1995-97, prevedeva di attivare ben 1.280 p.l. in RSA; l’attuale PIMT 2000-02 rileva che la dotazione di 515 p.l. già attivi a giugno 1999 è di poco sottodimensionata).

Le scelte successive rimangono sostanzialmente coerenti rispetto a questo primo disegno, orientandosi a un riequilibrio nella distribuzione delle attività e delle risorse sia a livello terri-

toriale (per area geografica), che settoriale (ospedale/territorio), operando dal lato ospedaliero soprattutto nella ricerca dell’appropriatezza e della qualità delle prestazioni, e sul lato territoriale a far crescere una “cultura del distretto” non ancora radicata.

Il PIMT 2000-02 rileva la necessità di riorientare il Servizio sanitario regionale verso la *Primary care*, perseguendo contestualmente la deospedalizzazione per la casistica a bassa complessità, il potenziamento dei servizi extraospedalieri, la riduzione dei ricoveri ospedalieri ripetuti per patologie croniche con frequenti acutizzazioni e – unitamente all’offerta residenziale – prevede di limitare i ricoveri ospedalieri per cure palliative.

L’attenzione si sposta, inoltre, sul tema della cronicità e della disabilità, prevedendo forme di intervento a forte integrazione socio-sanitaria e puntando in particolare allo sviluppo dell’assistenza domiciliare integrata in ogni Azienda sanitaria locale. Il Servizio di Assistenza Domiciliare (infermieristico e riabilitativo) della ASL deve garantire:

- la disponibilità degli operatori di base su 12 ore al giorno per 7 giorni alla settimana, cioè deve essere assicurata almeno l’accessibilità domiciliare programmata negli intervalli di tempo definiti;
- l’organizzazione territoriale del servizio, con eventuale suddivisione in sotto-équipe dotate di sedi periferiche, deve raggiungere tutti i comuni.

La Regione indica precisamente (già con la LR n. 10/1998) il “valore” di questa forma di assistenza, chiarendo che di ADI si può parlare unicamente se ci sono aspetti di reale integrazione di interventi sanitari con quelli socio-assistenziali; che richiede modalità organizzative

prestabilite che fanno capo al medico di medicina generale e al distretto e così via.

LIGURIA

La Regione Liguria dedica da tempo una particolare attenzione allo sviluppo della rete territoriale, fondamentale per rispondere alle esigenze di un territorio con caratteristiche geomorfiche e demografiche particolari, con popolazione anziana che raggiunge il 26% della popolazione e un indice di vecchiaia tra i più alti d'Europa.

Dispone di una rete ospedaliera vasta e articolata, che è stata ridimensionata in attuazione del piano ospedaliero del 1997 (con riduzione di quasi 2000 posti letto per acuti ed eliminazione di unità operative di degenza che risultavano duplicate e sovradimensionate).

L'investimento verso la prevenzione e la rete ospedaliera costituisce l'obiettivo prioritario del PPSR 2003-05, che prevede le seguenti linee di intervento:

- la valorizzazione delle attività di prevenzione attiva, con coinvolgimento non solo dei dipartimenti di prevenzione, ma anche dei medici di medicina generale e di tutte le strutture del servizio sanitario regionale;
- la costruzione di una più forte rete di servizi socio-sanitari integrati sul territorio e il rafforzamento di misure per gli anziani e le persone non autosufficienti. Per l'assistenza domiciliare, si prevede l'incremento del 5% dei casi seguiti rispetto al 2003, con almeno il 3,5 % della popolazione ultrasessantacinquenne seguita in ADI. Si intende anche ampliare le forme di ospedalizzazione territoriale, che nella Regione sono gestite da un'équipe integrata, con re-

sponsabilità complessiva che rimane al territorio. La Regione ha previsto la costituzione, nel distretto, di un punto di accesso unificato, per il cittadino, ai servizi socio-sanitari ("sportello unico"), portato il più possibile in prossimità dell'utenza, sia in termini fisici, sia virtuali (call-center), in attuazione di quanto previsto dal PSR 1999-01 e ripreso più ampiamente nello schema di PSR 2003-05;

- la ricerca dell'appropriatezza, in particolare nell'uso dell'ospedale, con contestuale trasferimento delle funzioni e delle risorse "liberate" al territorio. Si mira anche alla valutazione dell'appropriatezza nella residenzialità extraospedaliera (coerenza tra casistica, tipologia di strutture eroganti, standard assistenziali e tariffe) e anche delle cure primarie (con appositi indicatori: "n. di accessi al pronto soccorso in "codice bianco" per ASL di residenza dell'assistito, rispetto alla popolazione"; "percentuale della richiesta di ricovero da parte della guardia medica rispetto alle visite effettuate").

EMILIA ROMAGNA

La Regione ha individuato già nel 1996 (con la DCR 535) le modalità per la rimodulazione della rete ospedaliera, fissando il fabbisogno complessivo in 5,19 per mille abitanti, di cui 4,31 per acuti e 0,88 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

Si è in questo modo avviato un profondo processo di riorganizzazione, sostanzialmente concluso nel '99, che ha portato alla riconversione di presidi minori e alla disattivazione di circa 1.200 posti letto, con notevoli investimenti per la qualificazione delle strutture ospedaliere, per

il contestuale sviluppo di servizi sanitari e socio sanitari del territorio, e un forte impegno nella ricerca dell'appropriatezza.

Questa organizzazione è entrata poi a far parte del 3° Piano sanitario regionale, relativo al triennio 1999-2001, nonché nei successivi Piani degli Obiettivi annuali per le Aziende sanitarie della Regione, dove si pongono nuovi obiettivi: da un lato la costruzione di "reti cliniche integrate", che vede anche la concentrazione delle funzioni di maggiore complessità in alcuni centri di riferimento regionali in stretto collegamento con le strutture periferiche (cosiddetto *modello hub and spoke*), e dall'altro un forte potenziamento dei servizi territoriali e di prevenzione.

La Regione è fortemente impegnata sul riordino dell'assistenza distrettuale, a cui riserva, già dal 2001, una quota di risorse superiore a quella per gli ospedali con una tendenza che continua anche nell'anno 2002. La Regione ha assunto l'obiettivo di consolidare progressivamente nei Distretti dei veri e propri "Centri per la salute", in grado di dare risposte adeguatamente compiute alle richieste di "bassa complessità sanitaria e alta complessità assistenziale" (Del. 309/00).

A tal fine prevede, all'interno del distretto, la costituzione di un Dipartimento di cure primarie, composto da Nuclei di cure primarie, moduli organizzativi che comprendono medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ed erogano prestazioni a una popolazione che va da 10mila a 30mila abitanti in aree territoriali omogenee. Il Direttore di distretto rimane titolare delle più complesse funzioni di valutazione del bisogno, individuazione delle modalità appropriate di risposta da parte dei servizi sanitari, governo della rete dei servizi,

definizione dei programmi di integrazione socio-sanitaria.

Questi obiettivi sono ripresi dal DPEF 2004-2006, che evidenzia da un lato i risultati già raggiunti (nell'ambito dell'assistenza distrettuale sono stati costituiti 186 nuclei di cure primarie, in media 3-6 per distretto e si sta consolidando il lavoro in équipe e il processo di formazione all'interno degli stessi) e si prevede di proseguire anche nell'impegno sull'assistenza sanitaria domiciliare (secondo i criteri definiti dalla DGR n. 124/99) e sulle forme di integrazione socio-sanitaria, sulla costituzione di sportelli unici distrettuali che hanno il fondamentale compito di migliorare e facilitare alle persone l'accesso ai servizi dell'azienda sanitaria.

TOSCANA

La Regione ha avviato un piano di razionalizzazione già dall'anno 1994, che ha portato, in 10 anni e con due piani sanitari regionali, il numero degli ospedali da 93 a 40, passando da una disponibilità complessiva di 23.108 posti letto a 13.500 (con creazione di nuovi ospedali in sostituzione di diverse piccole strutture; impegno sull'appropriatezza ecc.)

Una razionalizzazione che si è accompagnata al potenziamento delle attività delle Asl sul territorio; e in particolare la Regione, nel PSR 2002-04, rafforza la competenza e il ruolo del distretto (ampliandone anche l'ambito, con aggregazione delle 34 zone socio-sanitarie in cui erano in precedenza articolate le ASL con i distretti). La zona-distretto ha sia funzioni di programmazione e coordinamento dell'insieme dei servizi territoriali e ospedalieri (gli ospedali sono aggregati funzionalmente in un unico "presidio ospedaliero di zona"), sia funzioni di gestione ed erogazione dei

servizi territoriali.

L'attenzione alla rete dei servizi territoriali è confermata anche dalla ricerca di nuovi strumenti operativi, sia per l'assistenza primaria, sia per una reale integrazione delle funzioni sanitarie e di quelle socio-assistenziali.

In questa direzione si pongono due ambiti di sperimentazione, entrambi in fase di attuazione dall'anno 2004:

- la costituzione di "unità di cure primarie" (gruppi di MMG e Medici di continuità assistenziale, che operano in una sede unica, con apertura 24 ore su 24, informatizzazione della scheda individuale dell'assistito);
- la gestione di alcune zone-distretto tramite le cosiddette "Società della salute", ossia organismi misti tra azienda USL, Comuni ed enti del terzo settore. L'obiettivo è pervenire a una reale integrazione dei programmi e degli interventi per le fasce deboli della popolazione, superando la separazione tra sanitario e sociale e attuando una reale corresponsabilizzazione degli enti locali.

Sulla rete ospedaliera il DPEF 2004-06 prevede lo sviluppo delle forme di ospedalizzazione diurna, la riconversione della casistica meno complessa trattata in ospedale in attività ambulatoriale, il potenziamento del sistema delle cure domiciliari e la realizzazione di strutture residenziali. A tal fine la regione Toscana ha stanziato finanziamenti per 2302,7 milioni di euro per l'ammodernamento e la qualificazione della rete ospedaliera.

Alla semplificazione della rete si aggiungono 4 grandi priorità: interventi per migliorare la qualità della vita (con programmi di prevenzione e di cura per fasce deboli della popolazione),

servizi per una migliore qualità dell'assistenza; innovazione organizzativa del sistema socio-sanitario; sostegno ai soggetti deboli.

MARCHE

L'assetto del servizio sanitario marchigiano è attraversato da un forte processo di riforma, con la costituzione di un'unica Azienda sanitaria (ASUR) prevista dalla L.R. 13/2003, articolata al suo interno in 13 zone territoriali in larga parte coincidenti con le precedenti unità sanitarie locali, a loro volta articolate in distretti.

In questo nuovo riassetto, il PSR 2003-2005 pone precisi obiettivi sul versante dell'offerta sanitaria:

- spostare nel triennio il 3% della spesa (50-60 mila euro) dal macrolivello ospedaliero a quello territoriale e della prevenzione;
- riqualificare la rete ospedaliera (potenziando gli ospedali di rete come strutture ad alta intensità assistenziale e ridefinendo il ruolo degli ospedali di polo, come strutture ad alta integrazione con i servizi territoriali e sviluppo delle funzioni di medicina generale/lungodegenza);
- rivedere e potenziare la residenzialità extraospedaliera a forte contenuto di integrazione socio-sanitaria per i soggetti fragili cronici, attuabile con le risorse liberate dal macrolivello ospedaliero con l'obiettivo di garantire la copertura residenziale a: 60% degli anziani e 100% degli altri soggetti fragili;
- potenziare l'assistenza domiciliare e gli strumenti di supporto alla famiglia.

Più in generale il Piano sanitario evidenzia che il sistema dell'offerta deve essere fortemente integrato e orientato ai processi assistenziali

centrati sulla persona, con una nuova centralità per il territorio.

UMBRIA

La Regione, con circa 800.000 abitanti, 4 aziende USL e due aziende ospedaliere, definisce nel PSR 2003-05 alcuni obiettivi fondamentali sul sistema dell'offerta:

- da un lato il mantenimento della rete ospedaliera attuale, completandone l'ammmodernamento e puntando sull'appropriatezza delle cure e sullo sviluppo della rete dell'emergenza;
- dall'altro il potenziamento e la qualificazione dei servizi territoriali e di prevenzione, mettendo in campo strumenti che siano fortemente legati alla comunità di vita dei cittadini.

A fine triennio si prevede una dotazione di p.l. per acuti non superiore al 3,7 per mille e una dotazione di p.l. di riabilitazione di poco superiore all'1 per mille.

Per lo sviluppo del territorio, la Regione punta sulla costituzione, all'interno dei distretti sanitari, di équipe socio-sanitarie, composte da nuclei di medici di medicina generale, di medici di continuità assistenziale e da altre figure professionali del territorio, che erogano prestazioni a una popolazione di circa 15mila abitanti e condividono obiettivi di tutela della salute sia di prevenzione attiva, sia di sviluppo delle cure primarie e delle attività domiciliari.

L'équipe costituisce "ambito di espressione del governo clinico per le funzioni territoriali", in quanto consente ai medici di partecipare al governo clinico del distretto, sia negli aspetti di monitoraggio, controllo e razionalizzazione delle prescrizioni farmaceutiche (nell'intento di migliorare l'appropriatezza clinica delle stesse), sia

nell'elaborazione di linee guida cliniche e percorsi di cura. La realizzazione delle équipe è considerato un impegno prioritario della Regione; le modalità sono previste nell'accordo regionale per la medicina generale del 2002.

LAZIO

Il PSR 2002-2004, il primo nella Regione, prevede un ampio riassetto del sistema sanitario, con numerosi obiettivi di governo del sistema, indirizzi strategici e sfide prioritarie. Un obiettivo fondamentale è il riequilibrio del sistema dell'offerta dei servizi, che nella Regione vede ancora predominanti i servizi ospedalieri, mentre risulta ancora insufficiente lo sviluppo delle attività di assistenza collettiva e della rete per l'assistenza territoriale.

In questo quadro, il Piano intende investire un particolare impegno per lo sviluppo programmato delle attività di prevenzione e di assistenza territoriale, complementari alla riorganizzazione e al ridimensionamento della rete ospedaliera. L'obiettivo, per il territorio, è il recupero della centralità del distretto e la qualificazione, la diffusione e l'utilizzo appropriato di tutte le forme di assistenza che al distretto fanno capo.

Il Piano definisce gli indirizzi per la programmazione sanitaria nel Lazio e testimonia la forte determinazione del governo regionale a gestire in maniera organica e strutturata il servizio sanitario, che va orientato alla centralità della persona e alla promozione della salute. A tal fine individua cinque "sfide prioritarie":

- la riqualificazione della rete di emergenza;
- le liste d'attesa;
- la prevenzione;
- il sistema domiciliare integrato;
- l'evoluzione degli ospedali per acuti.

La legge finanziaria regionale 2003 rafforza queste indicazioni, ponendo l'obbligo alle ASL,

nell'ambito del processo di riorganizzazione dei servizi e di razionalizzazione delle risorse, di potenziare l'assistenza sanitaria territoriale, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare e alla tutela materno infantile, assicurando anche la continuità assistenziale.

ABRUZZO

La Regione Abruzzo è caratterizzata da 6 aziende USL, un'ampia rete di strutture ospedaliere, anche di media-piccola dimensione, e un numero elevato di distretti, diffusi capillarmente sul territorio (il PSR 1999-2001 prevede l'istituzione di 73 distretti, di cui 45 già attivati alla data di entrata in vigore del Piano).

Il Piano sanitario regionale 1999-2001 pone, tra gli obiettivi strategici, il riequilibrio tra ospedale e territorio, l'integrazione socio-sanitaria e il rafforzamento della tutela dei soggetti deboli (con progetti-obiettivo per la tutela materno infantile; anziani e disabili; malati di Alzheimer; dipendenze; salute mentale).

In quest'ottica il Piano prevede la necessità di completare, nel triennio 1999-2001, la realizzazione dei distretti e potenziare una serie di servizi sul territorio, come l'assistenza domiciliare integrata, le residenze sanitarie assistenziali, l'attività di riabilitazione.

Nella riorganizzazione della rete dei servizi, la Regione seguirà quattro grandi linee di azione:

- il riequilibrio, la riorganizzazione e la qualificazione della rete dei presidi ospedalieri, secondo un principio di specializzazione, e l'individuazione dei centri di eccellenza e di alta specialità;
- il potenziamento della rete dei servizi territoriali, in particolare nelle aree a forte criticità insediativa e produttiva (area metro-

politana e aree urbane) e in quelle geomorfologicamente più disagiate (aree montane);

- il potenziamento dell'offerta territoriale, in particolare l'assistenza domiciliare;
- la realizzazione di nuovi interventi a carattere socio-sanitario (case famiglia, centri diurni), coerenti con le previsioni del Piano Sociale.

Secondo queste linee, la Giunta sta sottoponendo all'attenzione delle parti sociali una prima ipotesi di riorganizzazione della rete ospedaliera.

L'ipotesi di riordino riduce il numero dei posti letto ospedalieri in base all'appropriatezza delle prestazioni specialistiche attualmente erogate dai singoli reparti, adeguandosi ai LEA individuati; prevede la riconversione di posti letto cui fanno capo i ricoveri impropri in posti letto di strutture (day hospital, day surgery, RSA, country hospital) e/o reparti appropriati o nelle strutture attualmente sottodimensionate (lungodegenza e riabilitazione); persegue infine le economie gestionali nei singoli blocchi, reparti e unità operative complesse, dimensionandoli in funzione del livello di attività economicamente ottimale (dimensione ottima minima di operazioni, prestazioni o posti letto).

MOLISE

In Molise, la riduzione della spesa ospedaliera e il conseguente potenziamento della rete territoriale è un dato che emerge prevalentemente nel Piano Sanitario Regionale del 1997/1999 approvato con deliberazione del Consiglio regionale 30 dicembre 1996, n. 505.

La revisione della rete ospedaliera è disciplinata in un documento allegato al PSR, dove si

evidenzia una dotazione complessiva di posti letto regionali sostanzialmente allineata allo standard nazionale, ma con una notevole prevalenza di posti letto per acuti rispetto a quelli per lungodegenza e riabilitazione post acuzie.

Il PSR 1997-99 individua, tra le priorità, l'attivazione concreta dei distretti, per orientare il modello del servizio sanitario regionale sulla medicina territoriale, riequilibrando il rapporto con l'ospedale, che assorbe ancora la maggior parte delle risorse.

Rispetto all'appropriatezza degli accessi nelle strutture ospedaliere, risultano particolarmente rilevanti due obiettivi che il distretto molisano deve perseguire:

- assicurare la tempestività dell'invio del paziente all'ospedale, quando appropriato;
- sviluppare il campo di azione degli interventi di base riducendo l'uso improprio dei servizi specialistici, fungendo da filtro della domanda impropria di ricoveri ospedalieri.

Sempre per l'area territoriale, nel Piano è previsto, inoltre, il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI).

Il DEPEF 2003 prevede l'attivazione di una rete di day hospital/day surgery con circa 130 posti letto dedicati (con riconversione 10% dei posti letto globali per acuti), e con circa 20.000 ricoveri all'anno in tale sede erogativa. L'obiettivo della risposta al bisogno sanitario con modalità più appropriate riguarda in primo luogo la trasformazione di ricoveri ordinari in ricoveri in day hospital e in day surgery.

Altro obiettivo è di passare, nel quinquennio, dall'attuale tasso di ospedalizzazione (217 ricoveri per 1.000 abitanti) allo standard nazionale (160 ricoveri), con una riduzione annua di 11,4 punti.

CAMPANIA

La Regione definisce, nel Piano sanitario regionale 2002-2004, un ampio programma per la riqualificazione della rete territoriale, e alcune indicazioni essenziali sulla revisione della rete ospedaliera, rinviando a un successivo piano ospedaliero la rideterminazione del fabbisogno regionale dei posti letto pubblici e privati.

Sulla rete ospedaliera, il Piano rileva la necessità di una progressiva messa a regime delle attività di day surgery; di affrontare il problema del superamento delle liste di attesa; di definire strumenti per una efficace integrazione ospedale-territorio.

Si prevede, inoltre, la deospedalizzazione della casistica a minore complessità per alleggerire le strutture, puntando anche sulle funzioni assistenziali che saranno garantite meglio nelle RSA.

Particolare attenzione è rivolta alle attività di riabilitazione e lungodegenza, anche attraverso la definizione di un modello che prevede lo sviluppo di una rete di assistenza ospedaliera articolata in tre livelli e l'attivazione della riabilitazione per gravi traumi cranio-encefalici e la creazione di unità spinali.

Sulla rete territoriale, la Regione mira allo sviluppo del distretto, considerato quale momento chiave dell'organizzazione sanitaria per il governo della salute e per il controllo dell'efficacia delle prestazioni e della spesa.

PUGLIA

Lo scopo principale del nuovo Piano di riordino ospedaliero (DGR 2-8-2002, n. 1987) consiste nel conseguimento del risparmio di spesa attraverso l'eliminazione degli sprechi, con due principali direttrici: l'accorpamento di reparti in alcuni nosocomi e la diminuzione del numero delle degenze più costose.

Il PRO, nonostante i timori iniziali, non pre-

vede la chiusura completa di nessun ospedale e aumenta il numero dei posti letto complessivi, anzi, si dovrebbero creare delle strutture di eccellenza, il che farebbe diminuire il ricorso ai “viaggi della speranza” per le cure in altre Regioni.

In realtà il risparmio si realizza attraverso la chiusura di interi reparti ospedalieri e la diminuzione dei posti letto per acuti.

Sono state, inoltre, imposte azioni di razionalizzazione della rete ospedaliera e il rispetto di una serie di parametri e indicatori.

Il nuovo Piano sanitario della Regione Puglia 2002-04 ha previsto un programma forte caratterizzato da:

- attribuzione di un nuovo ruolo al distretto in un sistema basato sulle cure primarie;
- equità di accesso mediante redistribuzione territoriale dei servizi e garanzie delle prestazioni di alta complessità;
- riduzione della mobilità;
- armonizzazione della prevenzione, dell'assistenza ospedaliera, dell'assistenza distrettuale e domiciliare;
- riconfigurazione della rete ospedaliera e distrettuale.

Una complessa azione di monitoraggio e ricerca ha consentito di elaborare una serie di indicatori che hanno fornito una precisa immagine del sistema ospedaliero pugliese, pubblico e privato, con analisi della domanda e dell'offerta.

Ciò ha imposto la riduzione di oltre 2.000 posti letto per acuti e la loro prevalente riconversione. La progettualità si è concentrata, da una parte, verso l'obiettivo della riconversione di strutture e posti letto per acuti in strutture alternative residenziali e in posti letto per lungo degenza e riabilitazione e, dall'altra, verso

una riorganizzazione funzionale dei presidi e redistribuzione delle discipline.

Nel corso del 2003 il Piano ha visto la fase di avvio della sua realizzazione pervenendo nel giro di un anno a un livello sufficientemente avanzato. Il riordino della rete ospedaliera, pur con le difficoltà connesse alla fase di transizione, attraverso la riorganizzazione delle attività interne dei presidi, con disattivazioni, riconversioni e accorpamenti, superando la frammentazione e situazioni ripetitive preesistenti, con promozione dell'appropriatezza, ha già permesso di ridurre il tasso di ospedalizzazione da 240 ricoveri per mille abitanti nel 2001 a 220 nel 2002 e a 204 nel 2003. Gli anni 2002-2003 sono stati caratterizzati dall'azione incisiva sulla rete ospedaliera mentre il 2004 sarà caratterizzato dagli interventi nell'ambito delle attività distrettuali.

La Regione Puglia ha istituzionalizzato l'unità di degenza territoriale (comunemente definito “Ospedale di Comunità”). L'assistenza domiciliare si avvia a coprire l'intero territorio regionale e, proprio in questo periodo, la Giunta Regionale ha deliberato l'avvio delle procedure per l'attivazione delle RSA. In questo modo sarà garantita la risposta assistenziale a tutti i livelli di complessità, evitando il continuo e improprio ricorso all'ospedale, la cui presenza è ancora rivendicata da tutte le comunità locali, inconsapevole dell'evoluzione dei bisogni e dell'esigenza dell'equilibrio economico del sistema che diventa il fattore fondamentale per la tutela della salute.

BASILICATA

La riorganizzazione del sistema sanitario regionale su base territoriale è uno degli obiettivi principali della Regione. La ristrutturazione

della rete ospedaliera è stata avviata sulla base del piano sanitario 1997-99, che non prevede chiusure di ospedali, ma spostamenti di reparti e riconversione di alcuni nosocomi in strutture per la lungo degenza.

Oltre alla L.R. n. 34 del 1995, finalizzata a finanziare le cinque aziende sanitarie territoriali, importante è la legge regionale n. 21 del 1999, che regola il Sistema sanitario regionale dell'emergenza/urgenza, fondato sull'integrazione funzionale tra il sistema di allarme sanitario, il sistema territoriale di soccorso e la rete di presidi ospedalieri dedicati all'emergenza/urgenza.

La ripartizione del FSN risponde ai parametri tendenziali di allocazione delle risorse tra i livelli di assistenza individuati dal Tavolo di lavoro sui LEA (5% prevenzione, 49,5% assistenza distrettuale, 45,5% assistenza ospedaliera), con una quota di accantonamento regionale per il 2003 pari a € 730.207.

La Regione Basilicata è finora riuscita ad evitare l'attivazione di ticket per il cofinanziamento della spesa sanitaria. Ritiene, però, necessario procedere con celerità alla ridefinizione dei criteri di finanziamento fissati dal DLgs.56/2000.

Inoltre, la L.R. 4-2-2003 n. 7 prevede, per il contenimento della spesa sanitaria, il blocco totale o parziale delle assunzioni del personale del Servizio Sanitario, con eccezione di quello da destinare al Servizio di Emergenza Urgenza.

CALABRIA

Il Psr 2003-2005 prende le mosse dalla centralità dei LEA, definendo criteri specifici di monitoraggio e impegnando la Regione ad emanare indirizzi relativi al ricovero ospedaliero, al pronto soccorso, alla diagnostica ambulatoriale

e al ricorso al MMG.

In particolare l'obiettivo 3 riguarda l'assistenza ospedaliera, che viene rimodulata alla luce di principi e valori quali:

1. razionalizzazione dell'organizzazione produttiva attuata con l'applicazione dei principi della scienza dell'organizzazione;
2. valorizzazione dell'assistenza ospedaliera quale punto di riferimento di maggior complessità;
3. realizzazione di condizioni di sicurezza nell'uso dell'ospedale a garanzia della popolazione assistita e allo scopo di limitare i rischi insiti nell'esercizio dell'attività professionale, nonché per sviluppare l'appropriatezza clinico-assistenziale e organizzativa delle prestazioni rese;
4. piena attribuzione dell'assistenza specialistica ambulatoriale all'organizzazione produttiva dei servizi territoriali.

Il modello organizzativo dell'ospedale di base pertanto muta verso un modello che garantisca:

- una razionalizzazione dell'uso delle risorse anestesiológicas;
- lo sviluppo del day surgery;
- riallocazione delle risorse recuperate con potenziamento delle attività territoriali, ambulatoriali, di diagnostica strumentale, di riabilitazione e lungodegenza.

Vi è un deficit di offerta ancora nel settore riabilitativo, avendo solo una disponibilità dello 0,42 per mille abitanti, di cui il 50% è dedicato alla lungodegenza.

Il rilievo essenziale è quello dell'elevato tasso di ospedalizzazione (media regionale del 2000 pari a 231,42 x mille abitanti) che necessita di essere ricondotto agli standard di legge (160 x mille abitanti).

Alla luce delle considerazioni sinora fatte il Piano considera necessario operare una riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.

Il rinnovato assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale deve, inoltre, prevedere l'integrazione delle strutture ospedaliere con le strutture socio-sanitarie del territorio, al fine di garantire adeguate forme di continuità assistenziale alla collettività. Né può essere sottovalutata l'attivazione di forme di assistenza ospedaliera a domicilio, ad integrazione dell'assistenza socio-sanitaria domiciliare erogata istituzionalmente dai Distretti.

Lo sviluppo dei servizi di assistenza in regime di ricovero per Lungodegenza e Riabilitazione costituisce un ulteriore elemento essenziale del programma di riqualificazione della rete ospedaliera e di riduzione dei posti letto per acuti sotto la soglia del 4 x 1000.

SICILIA

La ristrutturazione della rete ospedaliera della Regione Siciliana, come prevista dal piano ospedaliero della Regione (decreto presidente Regione n. 413 del 30.12.1996), stabilisce una serie di obiettivi generali, che richiedono interventi sulla generalità dei nosocomi :

- ricondurre l'ospedale alla sua funzione di trattamento delle patologie acute;
- articolare sul territorio la rete ospedaliera prevedendo una dotazione di posti letto per degenze ordinarie tale da soddisfare la domanda attesa, nel rispetto degli standard nazionali;
- riconvertire le strutture ospedaliere che non raggiungono standard qualitativi e quantitativi compatibili con le norme vigenti in strutture sanitarie territoriali o in altra destinazione.

Il piano opera una programmazione dettagliata dell'allocazione dei posti letto nelle discipline afferenti alle terapie intensive e alle specialità ad elevata assistenza, per ciascuna provincia, in considerazione del notevole impegno economico che comporta l'attivazione e la gestione delle suddette strutture. Per quanto riguarda le altre discipline, di media e bassa assistenza, il piano assegna un numero complessivo di posti letto, la cui distribuzione è assegnata ai direttori generali in rapporto alle necessità assistenziali e nel rispetto dei principi di economicità ed efficienza. In questo ambito ai direttori generali è consentito operare variazioni nell'attribuzione di spazi e di risorse e anche dei posti letto, alle unità operative dei presidi di competenza, nel rispetto del numero massimo di posti letto assegnati e dell'esigenza di omogenea distribuzione delle discipline di bassa e media assistenza sul territorio.

Il PSR 2000-2002 conferma e sviluppa ulteriormente tali linee di azione, prevedendo:

- diversificazione delle funzioni attribuite nella rete ai diversi ospedali, con concentrazione delle funzioni di maggior contenuto specialistico negli ospedali ad alto potenziale d'intervento;
- la riqualificazione ed il rinnovo strutturale delle strutture ospedaliere, al fine di garantirne la sicurezza e l'adeguamento tecnologico;
- lo sviluppo dell'appropriatezza nell'uso dell'ospedale (riservato alle patologie più complesse, nella specialistica medio-alta e nell'emergenza-urgenza);
- la continuità delle cure, prevedendo forme di ospedalizzazione domiciliare e modalità di integrazione con i servizi territoriali.

La Regione Sicilia nel DPEF 2003-06 pre-

dispone indirizzi e nuove regole per il contenimento della spesa.

La prima novità riguarda il ruolo delle ASL che dovrebbero orientare la propria attività sul cittadino, attraverso un sistema cosiddetto di “presa in carico” dello stesso e rimodulare le piante organiche aprendo, ove necessario, le liste di mobilità provinciali. Tutti gli interventi dovranno tenere conto dei vincoli finanziari imposti dallo Stato in materia di contenimento della spesa sanitaria per il monitoraggio dei LEA. Il DPEF prevede anche interventi importanti su RSA e politiche ambulatoriali per la prevenzione, riabilitazione, convalescenza e primo soccorso. Una tale riconversione dovrebbe diminuire il ricorso alle prestazioni ospedaliere improprie, pertanto sarà attivato un monitoraggio delle prescrizioni finalizzato a ridurre i ricoveri impropri e le liste di attesa, a mantenere il tetto di spesa della specialistica, a contenere la spesa farmaceutica e a verificare l'efficacia del sistema dei ticket.

Le risorse finanziarie per l'attuazione del programma, restando le entrate costanti, dovrebbero essere incrementate dalle entrate proprie dei ticket sulle prestazioni e dalla mobilità attività extraregionale, ma è utile ricordare che con la legge finanziaria n. 2/2002 il Governo regionale prevedeva già il limite di 4 posti letto per acuti per mille abitanti, l'obbligo del pareggio di bilancio per le aziende sanitarie e un utile dell'1% per le ospedaliere.

SARDEGNA

Un primo programma sulla razionalizzazione dei servizi ospedalieri è stato previsto nel 1996, sostituito da un secondo provvedimento nel 1998 (Deliberazione del Consiglio regionale 22-7-1998), che risulta tuttora vigente.

In questo atto la Regione evidenzia un'ecedenza di circa 1340 posti letto per acuti (hanno 8800 p.l. contro i 7.460 previsti applicando il parametro di 4,5 p.l. x 1.000 abitanti).

Contestualmente, per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, risulterebbero necessari 1600 p.l. contro i 160 esistenti, applicando il parametro dell'1 x 1000 abitanti, con un deficit di circa 1500 posti letto.

Prevede, inoltre, l'accorpamento funzionale di diversi piccoli ospedali e il mantenimento di alcuni di essi posti in località disagiate.

In epoca recente il DPEF 2003-2005 individua i seguenti interventi prioritari:

- rilancio del territorio;
- valorizzazione del territorio;
- innovazione tecnologica.

Tre sono gli indirizzi programmatici che il PSR dovrà seguire: razionalizzazione della rete ospedaliera; potenziamento dell'assistenza territoriale (con una rete diffusa e coordinata di servizi che devono far capo ai distretti) e dei dipartimenti di prevenzione delle ASL; incremento della dotazione di day hospital e dei posti per lungo degenza e riabilitazione.

È ritenuta imprescindibile, anche per facilitare la raccolta e l'elaborazione di un sistema informativo che colleghi in rete l'assessorato e le strutture sanitarie operanti nella Regione. Altrettanto indispensabile è l'istituzione dell'Osservatorio prezzi, previsto dalla Legge Finanziaria regionale 2002 come strumento per il controllo e l'appropriato utilizzo delle risorse finanziarie destinate ad ASL ed AO.

Il documento di programmazione sottolinea che il perseguimento di questi fini strategici si colloca in un contesto di “profonda riorganizzazione dell'assetto del SSR”, che richiede una rapida approvazione del PSR.

La prossima rilevazione con il nuovo SIS

di **Filippo Palumbo**

Direttore Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema
Ministero della Salute

50

monitor

REMESSA

L'introduzione del concetto di livello uniforme (poi anche essenziale e appropriato) di assistenza in campo sanitario ha costituito uno degli elementi più caratterizzanti del processo di aziendalizzazione che con il decreto legislativo 502/92 si è avviato nel SSN.

Affermare che il diritto generale e astratto di tutela della salute, sancito dall'articolo 32 della carta costituzionale, si intende garantito quando una lista di prestazioni, interventi e attività definite nei livelli essenziali di assistenza sono effettivamente messe a disposizione del cittadino/utente, ha significato specificare in modo molto dettagliato la missione delle Unità Sanitarie Locali, accompagnando alla loro funzione generale di tutela della salute quella specifica di produzione di servizi, per garantire la quale il modello aziendale è apparso quello più adeguato.

Il successo del concetto di livello essenziale di assistenza è testimoniato dal fatto che altri settori hanno ritenuto di adottarlo (vedi il settore socio assistenziale con la legge 328/2000), ma soprattutto dalla sua assunzione a livello di carta costituzionale, in particolare all'articolo 117 inserito nella riscrittura del Titolo V, operata con la riforma costituzionale entrata in vigore nell'autunno 2001.

La centralità dei LEA è stata confermata dal loro essere cardine dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 in materia sanitaria. Infatti tale accordo si fonda proprio sulla verifica della congruità delle risorse rese disponibili per assicurare l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali e sulle regole che Stato e Regioni si danno nel caso di disallineamento tra costi previsti e costi effettivamente registrati. In questo quadro ben si giustifica il determinarsi di un complesso sistema di valutazione inerente i LEA che si articola secondo tre dimensioni cui sono collegati corrispondenti apparati informativi e valutativi. Mi riferisco a:

1. la periodica verifica della lista di prestazioni inserite nei LEA, secondo i principi dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità;
2. la costante verifica dell'effettiva e uniforme applicazione dei LEA nei diversi ambiti del territorio nazionale;
3. la costante verifica dei costi sostenuti, in condizione di adeguati standard di effi-

cienza, per sostenere i LEA nei vari ambiti regionali e locali.

Alle tre linee valutative sopra richiamate corrispondono:

1. il complesso di attività che sempre più faranno capo alla Commissione per la manutenzione dei LEA;
2. il sistema di monitoraggio e garanzia delineato con il DM 12 dicembre 2001 in applicazione del decreto legislativo n. 56/2001;
3. il complesso delle attività di monitoraggio dei costi che si è strutturato da un lato con il tavolo di monitoraggio di cui all'articolo 15 dell'Accordo dell'8 agosto 2001, prevalentemente finalizzato a cogliere la dimensione nazionale e regionale e dall'altro con il flusso informativo basato sull'adozione a livello aziendale del cosiddetto modello LA, finalizzato a cogliere la specificità delle situazioni locali.

IL NUOVO MODELLO LA

In questo articolo ci soffermeremo sul flusso informativo legato all'adozione del Modello LA (Livelli di Assistenza) afferente al Ministero della Salute e, in particolare, alla Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema.

A tale Direzione generale, nell'ambito del Sistema informativo sanitario, sono affidati i compiti di monitoraggio dei ricavi e costi del SSN. Un monitoraggio annuale dei livelli di assistenza è stato realizzato fin dal 1997, a seguito del DM 23 dicembre 1996, con la raccolta annuale dei dati di costo per l'erogazione dei livelli di assistenza sia delle singole ASL/AO che delle Regioni.

Tale rilevazione è stata ristrutturata nel 2001, dopo una lunga fase di concertazione con le Regioni e il Ministero dell'economia e delle finanze, condotta nel tavolo tecnico sui flussi informativi sani-

tari operante presso la Segreteria della Conferenza Stato-Regioni. In particolare, con la ridefinizione complessiva delle indagini economiche del SIS, contenuto nel DM 16 febbraio 2001, è stato anche approntato il modello LA. L'adozione di tale modello comportava alcune innovazioni rispetto alla rilevazione partita nel 1997:

- il modello veniva articolato sui tre macrolivelli di assistenza della Prevenzione collettiva, dell'Assistenza distrettuale e dell'Assistenza ospedaliera, in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, mentre la precedente rilevazione era costruita sui sei livelli di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale 1994-96;
- i sottolivelli di assistenza sono stati analizzati con maggiore dettaglio. Per esempio, il livello di assistenza "Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro" è stato sotto-dettagliato in più sottolivelli corrispondenti alle finalità assistenziali cui è dedicato il Dipartimento di prevenzione, così come previsto dal decreto legislativo 502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni. Per la prima volta, nel livello di assistenza ospedaliera si possono leggere le componenti di costo delle tipologie assistenziali per acuti, Day hospital e day surgery, riabilitazione e lungodegenza;
- il modello prevedeva tre allegati, per registrare, in riferimento ai costi precedentemente attribuiti ai livelli, le spese amministrative e generali (oneri di gestione) dell'Azienda/Regione, nonché la mobilità intraregionale ed extraregionale sia attiva che passiva;
- nell'ambito dei servizi acquistati dall'Azienda/Regione veniva fatta la distinzione tra servizi sanitari e servizi non sanitari. Nell'ambito dei servizi sanitari vi era la distinzione tra i servizi sanitari che concorrono alla realizzazione delle prestazioni sanitarie

erogate direttamente e i costi relativi all'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori accreditati o in convenzione con il SSN;

- al modello di rilevazione furono allegate dettagliate linee guida per la compilazione.

Con il DM 18 giugno 2004, in corso di pubblicazione, a seguito del parere favorevole espresso dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 20 maggio 2004, si è proceduto all'approvazione della ulteriore nuova versione del modello LA, allo scopo di recepire in esso le novità introdotte in materia di LEA dal DPCM 29 novembre 2001, nonché di superare alcune criticità della precedente versione. Tali criticità riguardavano il non consentire, per alcune categorie di sottolivelli di assistenza previste dal DPCM, uno specifico monitoraggio attraverso un adeguato dettaglio ad essi dedicato nel modello di rilevazione, ad esempio per l'assistenza in emergenza oggi configurata come un sottolivello dell'assistenza distrettuale oppure, nel livello di assistenza ospedaliera, le voci dedicate all'emergenza, al trapianto di organi e al sangue. Altra criticità riguardava il fatto che i livelli di assistenza rilevati possono eccedere i livelli essenziali di assistenza previsti dal DPR sui LEA, in quanto possono contenere i costi delle prestazioni non essenziali la cui erogazione è garantita su base regionale. Anche in questo caso veniva considerato necessario monitorare nel dettaglio i costi di tali prestazioni extra LEA, che non rientrano nella definizione di livelli essenziali di assistenza, ma che sono contabilizzate nei bilanci aziendali.

La nuova versione risolve tali problemi e prevede, dunque, il rilievo dei costi relativi alle attività o linee prestazionali schematizzate di seguito.

Per ciascuna attività o linea prestazionale viene prevista la rilevazione delle varie componenti e in particolare:

- Beni sanitari
- Beni non sanitari

- Prestazioni sanitarie
- Servizi sanitari per l'erogazione delle prestazioni
- Personale – ruolo sanitario
- Personale – ruolo professionale
- Personale – ruolo tecnico
- Personale – ruolo amministrativo
- Ammortamenti
- Sopravvenienze/insussistenze
- Altri costi
- Totale.

Sono previsti 6 allegati per mettere in evidenza situazioni di particolare interesse per l'individuazione di specifici oneri.

Gli allegati riguardano:

1. l'evidenziazione di oneri sostenuti per la formazione del personale, per i sistemi informativi e statistici e per altri oneri di gestione;
2. l'evidenziazione della mobilità infraregionale utile alla riconciliazione con i modelli CE, articolata per le diverse forme di assistenza;
3. l'evidenziazione della mobilità interregionale utile alla riconciliazione con i modelli CE, articolata per le diverse forme di assistenza;
4. l'evidenziazione dell'assistenza erogata ai detenuti tossicodipendenti in forma ambulatoriale o domiciliare, semiresidenziale e residenziale;
5. l'evidenziazione di oneri per prestazioni eventualmente erogate ma non riconducibili ai livelli essenziali di assistenza o a prestazioni escluse secondo le specifiche voci degli allegati stessi;
6. l'evidenziazione di oneri per prestazioni a favore di stranieri irregolari secondo la normativa vigente.

L'allegato 1 del Modello LA rappresenta il dettaglio di costi generali di gestione già inclusi nei singoli livelli e la ripartizione di tali costi tra i tre macro-livelli e, nell'ambito degli stessi, tra i singoli livelli che li costituiscono.

Per gli altri l'indicazione del costo è espressa con un valore complessivo.

L'UTILIZZO DEL MODELLO LA

Come si vede il Modello LA è stato costruito per permettere di cogliere i costi delle tipologie assistenziali e delle loro modalità di erogazione in modo tale da agevolare sia il lavoro di chi compila i modelli di rilevazione, sia di chi poi procede all'elaborazione per fini descrittivi o di programmazione a tutti i livelli, aziendale, regionale, nazionale e di studio e ricerca.

La compilazione del modello nelle singole aziende presuppone che tutti i costi del conto economico aziendale a consuntivo, rilevati parallelamente con il Modello CE, siano collocati nei rispettivi livelli di assistenza che li hanno generati. Viene chiesto a ciascuna azienda e a ciascuna Regione di operare una quadratura con i costi contenuti nel modello CE a consuntivo, che è parte integrante del bilancio di esercizio aziendale e regionale sanitario.

Va ricordato anche che la rilevazione è stata poi disegnata in modo tale che il modello LA, nei livelli e sottolivelli, sia perfettamente comparabile con la Relazione al conto annuale del Ministero dell'economia e delle finanze. Infatti sia il Conto annuale che la relazione ad esso allegata seguono il criterio della competenza economica a partire dalla rilevazione del 2001. Ciò significa che sarà progressivamente possibile effettuare analisi sui livelli di assistenza, anche sottodettagliando le componenti di costo generate dal personale senza dover operare indagini ad hoc presso le aziende sanitarie.

Va poi rilevato che il modello di rilevazione dei livelli di assistenza consente una doppia lettura dei dati di costo aziendali e regionali, cioè una lettura che consente di ricostruire i costi relativi ai residenti della Regione che hanno usufruito di cure assistenziali, indipendentemente dal luogo di erogazione (evidenziando quindi i costi sostenuti per

mantenere la missione assistenziale delle aziende e dei sistemi regionali verso i propri assistiti), ovvero una lettura che evidenzia i costi effettivamente sostenuti sul territorio della Asl/Regione, indipendentemente dalla residenza dei fruitori delle prestazioni erogate (permettendo così attraverso un linkage con i dati di attività di verificare l'efficienza produttiva delle aziende e dei sistemi regionali).

La rilevazione basata sul Modello LA è inserita nel Programma statistico nazionale dal 2001 e, quindi, è da considerarsi parte integrante dell'informazione statistica ufficiale del Paese.

Attualmente il Ministero della salute elabora i dati dei livelli di assistenza a livello regionale, ma in futuro è prevista una elaborazione al livello di singole aziende sanitarie. I dati elaborati sono stati utilizzati per le proprie finalità istituzionali, oltre che da questo Ministero, dal Ministero dell'economia e delle finanze, dalla Corte dei conti, dalla Commissione parlamentare sulla sanità.

Due ambiti prioritari di utilizzazione riguarderanno da un lato l'applicazione del DM 12 dicembre 2001, "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", in attuazione del decreto legislativo n. 56/00, per la quale si utilizzeranno le informazioni desumibili dal Modello LA per produrre gli indicatori economici contenuti in detto decreto, dall'altro il tavolo di monitoraggio ex punto 15 dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, che non sarà più costretto a ricorrere a una rilevazione annuale extra SIS per poter associare costi e dati di attività dei LEA.

Attualmente è completata l'acquisizione dei dati 2001 e 2002 (mancano solo i dati delle aziende della Regione Lazio relativi al 2002).

I dati verranno poi sottoposti a controlli di qualità e verranno riconciliati con le voci di costo utilizzate nel computo dei dati di costo del SSN come da accordo tra il Ministero della salute, il Mi-

nistero dell'economia e delle finanze e l'Istat. Sono previsti incontri con le Regioni per la verifica dei costi inviati, alla luce delle informazioni di struttura e attività presenti sul territorio e dei dati di costo del conto economico.

L'utilizzazione dei dati desumibili dal modello LA permette alle aziende sanitarie e alle Regioni di non dover ricorrere a rilevazioni tematiche estemporanee sia totali che parziali sui costi dei LEA, per i quali hanno già investito tempo e risorse e devono, per obbligo informativo istituzio-

nale, fornire dati.

Infine va ricordato che il Ministero della Salute, con l'Istat, partecipa attualmente al gruppo di lavoro dell'EUROSTAT per l'implementazione del Manuale SHA dell'OCSE dedicato al sistema dei conti della salute e che la rilevazione dei livelli di assistenza fornirà la maggior parte delle informazioni necessarie a tale tipo di contabilità sanitaria, la cui finalità è quella di definire un sistema standardizzato di conti attraverso il quale sarà possibile confrontare i Paesi dell'OCSE in materia sanitaria.

Livelli di assistenza monitorati dal Modello LA

L10100 Igiene e sanità pubblica

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
I.1 Profilassi delle malattie infettive e diffusive <ul style="list-style-type: none"> - Controllo malattie infettive e bonifica focolai - Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive - Medicina del viaggiatore - Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione 	
I.2 Tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale <ul style="list-style-type: none"> - Verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico - Verifica degli effetti sulla salute da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani - Verifica degli effetti sulla salute da detenzione e smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi - Verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle acque destinate al consumo umano - Verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle piscine pubbliche o di uso pubblico - Verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle acque di balneazione - Verifica degli effetti sulla salute da scarichi civili, produttivi e sanitari 	
I.3 Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione dell'impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e indicazione delle misure idonee alla tutela della salute umana - Determinazione qualitativa e quantitativa dei fattori di rischio di tipo biologico presenti negli ambienti di vita - Controllo e sicurezza di impianti negli ambienti di vita - Formulazione di mappe di rischio ambientale - Verifica della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamento industriali e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute della popolazione - Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico - Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali - Vigilanza e controllo sui cosmetici 	

L10100 Igiene e sanità pubblica

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
<ul style="list-style-type: none"> - Controllo sui farmaci, stupefacenti, sostanze psicotrope, presidi medico chirurgici - Controllo sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici - Controllo sull'uso delle radiazioni ionizzanti e non negli ambienti - Vigilanza e controllo delle sostanze e dei preparati pericolosi e sulla loro etichettatura - Vigilanza sulle industrie insalubri - Controlli e vigilanza in materia di polizia mortuaria e medicina necroscopica 	

L10200 Igiene degli alimenti e della nutrizione

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
<ul style="list-style-type: none"> - Controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali - Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande - Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro - Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia - Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande - Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare - Informazione di prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande - Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi 	

L10300 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro anche attraverso la formulazione di mappe di rischio - Determinazione qualitativa e quantitativa e controllo dei fattori di rischio di tipo chimico, fisico, biologico ed organizzativo presenti negli ambienti di lavoro - Controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e prestazioni di lavoro - Sorveglianza epidemiologica e costruzione del sistema informativo su rischi e danni di lavoro - Indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro - Verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative e in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori - Attuazione dei compiti di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti - Controllo della salute dei minori e adolescenti e informazione in relazione alla loro collocazione al lavoro - Valutazione delle idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge - Elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute e di igiene e sicurezza del lavoro - Indagini per infortuni e malattie professionali - Controllo sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori - Informazione e formazione dell'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro - Tutela della salute delle lavoratrici madri 	

segue a pag. 56

segue da pag. 55

Livelli di assistenza monitorati dal Modello LA

L10400 Sanità pubblica veterinaria	
Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Sanità animale <ul style="list-style-type: none"> - Sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffusive degli animali - Prevenzione e controllo delle zoonosi - Interventi di polizia veterinaria - Vigilanza sui concentramenti e spostamenti animali, compresa l'importazione e l'esportazione e sulle strutture ed attrezzature a tal fine utilizzate - Igiene urbana e veterinaria - Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina - Controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente 	
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche <ul style="list-style-type: none"> - Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario in coordinamento con il servizio farmaceutico e programmi per la ricerca dei residui di trattamenti illeciti o impropri - Controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi - Controllo e vigilanza sulla riproduzione animale - Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie - Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione - Protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica - Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione 	
Tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale <ul style="list-style-type: none"> - Ispezione negli impianti di macellazione - Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale - Vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale - Disposizioni di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti - Valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati, degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare - Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari - Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale 	
L10500 Attività di prevenzione rivolta alla persona	
Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Vaccinazioni obbligatorie e vaccini per le vaccinazioni raccomandate anche a favore dei bambini extracomunitari non residenti.	Legge 23 dicembre 1996, n. 662, art. 1, comma 34; DPR 23 luglio 1998 "Psn 1998-2000"; Provvedimento Conferenza Stato-Regioni 18 giugno 1999 "Piano nazionale vaccini 1999-2000". DLgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 1.
Programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva in attuazione del PSN.	Provvedimento Conferenza Stato-Regioni 8 marzo 2001 (Linee guida per prevenzione, diagnostica e assistenza in oncologia). Si fornisce di seguito un elenco di riferimenti normativi relativi all'erogazione di prestazioni specialistiche e diagnostiche per la tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte localmente in situazioni epidemiche
Prestazioni specialistiche e diagnostiche per la tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte localmente in situazioni epidemiche	<ul style="list-style-type: none"> • Malattie infettive e diffusive R.D. 27/7/1934 N. 1265, art. 253 E SEG. Testo unico delle leggi sanitarie

L10500 Attività di prevenzione rivolta alla persona

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
	<ul style="list-style-type: none"> • Malattia tubercolare Provvedimento 17 dicembre 1998 Linee guida per il controllo della malattia tubercolare, ai sensi dell'art. 115, comma 1 lettera b del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 • Malaria Circolare N. 14 11/11/1997 Linee guida per la prevenzione e il controllo della malaria Sanità pubblica Nota del 20/3/1997 Linee guida per gli interventi di sanità pubblica in caso di massiccio afflusso di popolazione straniera sul territorio italiano Creutzfeld-Jacob Ordinanza del 12/2/2001 Sorveglianza malattia di Creutzfeld-Jacob • Malaria Circolare n. 14 11/11/1997 Linee guida per la prevenzione e il controllo della malaria

L10600 Servizio medico legale

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Certificazioni sanitarie ai dipendenti pubblici assenti dal servizio per motivi di salute. Commissioni per l'invalidità civile. Ulteriori prestazioni che, sebbene non ricomprese nei LEA ed erogate con onere a carico dell'interessato, costituiscono compito istituzionale delle strutture erogatrici	Art. 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale" (S.O. alla G.U. del 28 dicembre 1978 n. 360) DPCM 29 novembre 2001

L20100 Guardia medica

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Continuità assistenziale notturna e festiva Guardia medica turistica	DLgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8; DPR 28 luglio 2000, n. 270, artt. 31 e 32; DPR 28 luglio 2000, n. 272, artt. 29 e 30

L20201 Medicina generica

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Educazione sanitaria Visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico; prescrizione di farmaci e richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero e cure termali; consulto con lo specialista e accesso negli ambienti di ricovero. Vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali. Certificazioni per la riammissione a scuola e l'incapacità temporanea al lavoro, certificazioni idoneità all'attività sportiva non agonistica nell'ambito scolastico. Prestazioni previste come aggiuntive negli Accordi collettivi Visite occasionali	DLgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8; DPR 28 luglio 2000, n. 270, artt. 31 e 32; DPR 28 luglio 2000, n. 272, artt. 29 e 30

L20202 Pediatria di libera scelta

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Educazione sanitaria Visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico; prescrizione di farmaci e richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero e cure termali; consulto con lo specialista e accesso negli ambienti di ricovero. Vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali. Certificazioni per la riammissione a scuola e l'incapacità temporanea al lavoro, certificazioni idoneità all'attività sportiva non agonistica nell'ambito scolastico. Prestazioni previste come aggiuntive negli Accordi collettivi nazionali Visite occasionali	DLgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8; DPR 28 luglio 2000, n. 270, artt. 31 e 32; DPR 28 luglio 2000, n. 272, artt. 29 e 30

segue da pag. 57

Livelli di assistenza monitorati dal Modello LA**L20300 Emergenza sanitaria territoriale**

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Ricezione delle richieste di intervento per emergenza sanitaria e coordinamento degli interventi nell'ambito territoriale di riferimento.	DPR 27 marzo 1992 Intesa Stato-Regioni di approvazione Linee guida I/1996 sul sistema di emergenza sanitaria.
Assistenza e soccorso di base e avanzato, esterni al presidio ospedaliero, anche in occasione di maxiemergenze, trasferimento assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate.	DPR 28 luglio 2000, n. 270, Capo V.

L20401 Assistenza farmaceutica tramite le farmacie convenzionate

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati nella classe A); fornitura medicinali non essenziali a parziale carico dell'assistito	Legge 24 dicembre 1993, n. 537; art. 8.; DPR 8 luglio 1998, n. 371; provvedimenti di classificazione CUF; d.l. 18 settembre 2001, n. 347
Fornitura di medicinali classificati in classe c) agli invalidi di guerra	Legge 19 luglio 2000, n. 203.
Fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia ma autorizzati in altri Stati ovvero sottoposti a sperimentazione clinica per i quali sono disponibili risultati di studi clinici di fase seconda; medicinali da impiegare per indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata.	Decreto legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito nella legge 23 dicembre 1996, n. 648. Circolare Ministro sanità 30 agosto 1999, n. 13; Parere della CUF

L20402 Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Fornitura di medicinali attraverso le farmacie delle strutture ospedaliere o della ASL compresi i farmaci erogati a seguito di accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione; si chiarisce che in questa voce si comprende la spesa relativa all'ossigenoterapia.	DL 347/2001 convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405

L20500 Assistenza integrativa

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Erogazione di prodotti dietetici a categorie particolari	Decreto legge 25 gennaio 1982 convertito nella legge 25 marzo 1982, n. 98, art. 1, secondo comma.
Fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito	DLgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 2; DM 8 giugno 2001. DM 8 febbraio 1982 Legge 16 marzo 1987, n. 115

L20601 (Assistenza specialistica) Attività clinica

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Prestazioni cliniche erogate in regime ambulatoriale comprese le prestazioni di medicina fisica riabilitativa	Legge 28 dicembre 1995, n. 549, art. 2, c.9; DLgs. 29 aprile 1998, n. 124; DM 22 luglio 1996 e succ. mod. DM 28 maggio 1999, n. 329 e succ. mod. DM 18 maggio 2001, n. 279 DM 10 settembre 1998 Legge 23 dicembre 2000 n. 388

L20602 (Assistenza specialistica): Attività di laboratorio

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Prestazioni di laboratorio erogate in regime ambulatoriale	Legge 28 dicembre 1995, n. 549, art. 2, c.9; DLgs. 29 aprile 1998, n. 124; DM 22 luglio 1996 e succ. mod. DM 28 maggio 1999, n. 329 e succ. mod. DM 18 maggio 2001, n. 279 DM 10 settembre 1998 Legge 23 dicembre 2000 n. 388

L20603 (Assistenza specialistica): Attività di diagnostica strumentale e per immagini

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Prestazioni di diagnostica strumentale erogate in regime ambulatoriale	Legge 28 dicembre 1995, n. 549, art. 2, c.9; DLgs. 29 aprile 1998, n. 124; DM 22 luglio 1996 e succ. mod. DM 28 maggio 1999, n. 329 e succ. mod. DM 18 maggio 2001, n. 279 DM 10 settembre 1998 Legge 23 dicembre 2000 n. 388

L20700 Assistenza protesica

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnici ai disabili	Legge 23 dicembre 1978 n.833, artt. 26 e 57; Legge 29 dicembre 1990, n. 407, art. 5; Legge 5 febbraio 1992, n. 104, artt. 7 e 34; DLgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 2 DLgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8 sexies; Legge 21 maggio 1998, n. 162; DM 27 agosto 1999, n. 332; DM 21 maggio 2001, n. 321 Legge 8 novembre 2000, n. 328, art. 14

L20801 (Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare) - assistenza programmata a domicilio (ADI)

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP), compresa l'assistenza di personale infermieristico e di riabilitazione a domicilio e la quota variabile per i medici di medicina generale per assistenza domiciliare	DPR 28 luglio 2000, n.270, all. G e H

L20802 (Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare) – assistenza alle donne, famiglia, coppie

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie; educazione alla maternità responsabile e somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile; tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento, assistenza alle donne in stato di gravidanza; assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza, assistenza ai minori in stato di abbandono o in situazione di disagio; adempimenti per affidamenti ed adozioni	Legge 29 luglio 1975, n. 405; Legge 22 maggio 1978, n. 194; DM 24 aprile 2000 "P.O. materno infantile" DPCM 14 febbraio 2001 DL 1 dicembre 1995, convertito nella legge 31 gennaio 1996, n.34

L20803 (Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare) – assistenza psichiatrica

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie compresa l'erogazione dei farmaci necessari	DPR 10 novembre 1999 P.O. Tutela della salute mentale; DPCM 14 febbraio 2001

L20804 (Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare) – assistenza riabilitativa ai disabili

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 26 DLgs. 29 aprile 1998 n. 124, art. 3 Linee guida 7 maggio 1998 per le attività di riabilitazione
Soggiorno per cure dei portatori di handicap in centri all'estero di elevata specializzazione	DPCM 1. 12. 2000; DPCM 14 febbraio 2001 – Accordo Stato regioni 6 febbraio 2003

L20805 (Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare) – assistenza ai tossicodipendenti

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool (compresi i td. detenuti o internati) e/o delle famiglie	DPR 1° ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti). Provvedimento 21 gennaio 1999 Accordo Stato Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti." Legge 30 marzo 2001, n. 125; Provvedimento 5 agosto 1999 - Intesa Stato-Regioni "Determinazione dei re-

segue da pag. 59

Livelli di assistenza monitorati dal Modello LA**L20805 (Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare) – assistenza ai tossicodipendenti**

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
	quisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti.; DLgs. 19 giugno 1999, n. 230; DM 21. 4. 2000 "P.O. Tutela salute in ambito penitenziario"; DPCM 14 febbraio 2001

L20806 (Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare) – assistenza agli anziani

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore degli anziani	Legge 11 marzo 1988, n. 67; "P.O. anziani"-1991; DPCM 14 febbraio 2001; DM 21 maggio 2001

L20807 (Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare) – assistenza ai malati terminali

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di malati terminali	DL28 dicembre 1998, n. 450 conv. Nella legge 26 febbraio 1999, n.39; D.m. 28 settembre 1999 DPCM 14 febbraio 2001

L20808 (Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare) – assistenza alle persone affette da HIV

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di persone con infezione da HIV	Legge 5 giugno 1990, n. 135; DPR 8 marzo 2000 "P.O. AIDS; DPCM 14 febbraio 2001

L20901 (Assistenza territoriale semiresidenziale) –assistenza psichiatrica

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie.	DPR 10 novembre 1999 "P.O. Tutela della salute mentale"

L20902 (Assistenza territoriale semiresidenziale) –assistenza riabilitativa ai disabili

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali.	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 26; d.lgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 3; Linee guida 7 maggio 1998 per le attività di riabilitazione DM 21 maggio 2001
Soggiorno per cure dei portatori di handicap in centri all'estero di elevata specializzazione	DPCM 1 dicembre 2000 Accordo Stato regioni 6 febbraio 2003

L20903 (Assistenza territoriale semiresidenziale) – assistenza ai tossicodipendenti

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool (compresi i tossicodipendenti detenuti o internati)	DPR 1° ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti). Provvedimento 21 gennaio 1999 Accordo Stato Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti." Legge 30 marzo 2001, n. 125; d. lvo 230 del 29.6.1999. Provvedimento 5 agosto 1999 -Intesa Stato-Regioni "Determinazione dei requisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti" DPCM 14 febbraio 2001

L20904 (Assistenza territoriale semiresidenziale) – assistenza agli anziani

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani (RSA per non autosufficienti) Assistenza medica dei medici di medicina generale nelle residenze protette e nelle collettività	Legge 11 marzo 1988, n. 67; "P.O. anziani"-1991; Linee guida sulle RSA 31 marzo 1994; DPCM 14 febbraio 2001; DM 21 maggio 2001

L20905 (Assistenza territoriale semiresidenziale) – assistenza alle persone affette da HIV

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV	Legge 5 giugno 1990, n. 135; DPR 8 marzo 2000 "P.O. AIDS" DM 21 maggio 2001

L20906 (Assistenza territoriale semiresidenziale) – assistenza ai malati terminali

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di malati terminali	

L21001 (Assistenza territoriale residenziale) – assistenza psichiatrica

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie.	DPR 10 novembre 1999 "P.O. Tutela della salute mentale"

L21002 (Assistenza territoriale residenziale) – assistenza riabilitativa ai disabili

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali.	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 26; d.lgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 3; Linee guida 7 maggio 1998 per le attività di riabilitazione DM 21 maggio 2001
Soggiorno per cure dei portatori di handicap in centri all'estero di elevata specializzazione	DPCM 1 dicembre 2000 – Accordo Stato-Regioni 6 febbraio 2003

L21003 (Assistenza territoriale residenziale) – assistenza ai tossicodipendenti

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool (compresi i td. detenuti o internati)	DPR 1° ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti). Provvedimento 21 gennaio 1999 Accordo Stato Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti." Legge 30 marzo 2001, n. 125; Provvedimento 5 agosto 1999 -Intesa Stato-Regioni "Determinazione dei requisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti" DPCM 14 febbraio 2001

L2104 (Assistenza territoriale residenziale) – assistenza agli anziani

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani (RSA per non autosufficienti) Assistenza medica dei medici di medicina generale nelle residenze protette e nelle collettività	Legge 11 marzo 1988, n. 67; "PO anziani"-1991; Linee guida sulle RSA 31 marzo 1994; DPCM 14 febbraio 2001; DM 21 maggio 2001

L2105 (Assistenza territoriale residenziale) – Assistenza alle persone affette da HIV

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV	Legge 5 giugno 1990, n. 135; DPR 8 marzo 2000 "P.O. AIDS" DM 21 maggio 2001

L21006 (Assistenza territoriale residenziale) – assistenza ai malati terminali

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di malati terminali	DL 28 dicembre 1998, n. 450 conv. Legge 26 febbraio 1999, n. 39; DM 28 settembre 1999 DPCM 14 febbraio 2001

L21100 Assistenza idrotermale

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Cicli di prestazioni idrotermali	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 36; Legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 16; d.lgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 3; Legge n. 24 ottobre 2000, n. 323; DM 15 aprile 1994; DM 15 dicembre 1994; DM 22 marzo 2001.

L30100 Attività di pronto soccorso

Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Pronto soccorso	DPR 27 marzo 1992;

segue da pag. 61

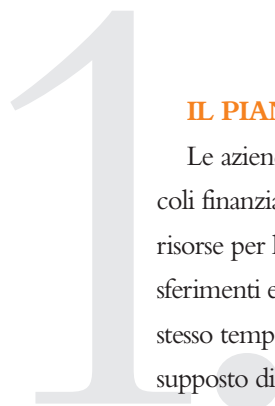
Livelli di assistenza monitorati dal Modello LA

L30100 Attività di pronto soccorso	
Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Attività ospedaliera di emergenza/urgenza Si rammenta che le prestazioni di pronto soccorso non seguito da ricovero inappropriate devono essere scorporate ed i costi attribuiti al livello di assistenza specialistica e ripartite tra i tre sottolivelli dell'assistenza specialistica: attività clinica, attività di laboratorio, attività di diagnostica strumentale e per immagini a seconda della tipologia della prestazione appropriata resa.	Intesa Stato-Regioni di approvazione Linee guida I/1996 sul sistema di emergenza sanitaria.
L30201 (Assistenza ospedaliera per acuti) – in Day Hospital e in Day Surgery	
Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Ricovero diurno (day hospital e day surgery)	DLgs. 29 aprile 1998, n. 124, art. 3 DPR 20 ottobre 1992
L30202 (Assistenza ospedaliera per acuti) in degenza ordinaria	
Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario.	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 25 Decreto legge 17 maggio 1996, n. 280, convertito nella legge 18 luglio 1996, n. 382, art. 1, c. 2-ter; Legge 23 dicembre 1996, n. 662; D.L. 18.9.2001, n. 347, convertito in legge 16.11.2001 n.405
L30300 Interventi ospedalieri a domicilio	
Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Interventi ospedalieri a domicilio	P.O. Anziani 1991; DPR 8 marzo 2000 "P.O. AIDS" Provvedimento 8 marzo 2001 Accordo Stato-Regioni sulle Linee guida in oncologia
L30400 Assistenza ospedaliera per lungodegenti	
Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero in regime di lungodegenza post-acuzie	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 25 Decreto legge 17 maggio 1996, n. 280, convertito nella legge 18 luglio 1996, n. 382, art. 1, c. 2-ter; Legge 23 dicembre 1996, n. 662; Decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito in legge 16.11.2001 n.405
L30500 Assistenza ospedaliera per riabilitazione	
Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero in regime di riabilitazione post-acuzie	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 25 Decreto legge 17 maggio 1996, n. 280, convertito nella legge 18 luglio 1996, n. 382, art. 1, c. 2-ter; Legge 23 dicembre 1996, n. 662; Decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito in legge 16.11.2001 n.405
L30600 Emocomponenti e servizi trasfusionali	
Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Raccolta, lavorazione controllo e distribuzione di emocomponenti e servizi trasfusionali	Legge 4 maggio 1990, n. 107; DM 1 marzo 2000 "Piano nazionale sangue e plasma"
L30700 Trapianto organi e tessuti	
Attività (prestazioni)	Appendice legislativa/altro
Prelievo, conservazione e distribuzione di organi e tessuti; trapianto di organi e tessuti	Legge 1 aprile 1999, n. 91

È possibile garantire i livelli e far quadrare i conti?

di **Erasmus Santesso**

Professore ordinario di economia aziendale - Università Ca' Foscari - Venezia



IL PIANO TRIENNALE

Le aziende sanitarie italiane si trovano, negli ultimi anni, ad operare alla presenza di vincoli finanziari particolarmente esigenti. Il divario fra i fabbisogni derivanti dal consumo di risorse per la produzione dei servizi e le fonti finanziarie originate principalmente dai trasferimenti effettuati in sede nazionale, presenta preoccupanti tendenze alla dilatazione; nello stesso tempo non sembra realistico alimentare speranze di “ripianamento” fondate sul presupposto di una “sottovalutazione del fondo sanitario complessivo”.

La soluzione più intuibile ma più temuta per ritrovare l'equilibrio fra costi e ricavi sembrerebbe quella di incidere, comprimendoli, sui livelli di assistenza garantiti alla popolazione. L'altra via d'uscita, altrettanto discussa per le ripercussioni di ordine istituzionale che reca con sé, consiste nel promuovere forme decentrate di finanziamento della sanità legate prevalentemente all'incremento dell'imposizione fiscale.

È invece necessario attuare prima di tutto ogni sforzo a favore della razionalizzazione del sistema produttivo sanitario, cercando di non mutare il grado di assistenza offerto né di scaricare sui cittadini i maggiori oneri per la tutela della salute. Solo dopo aver dimostrato che ogni ragionevole tentativo di miglioramento dell'efficienza è stato esperito, appare accettabile e inevitabile la manovra sui “tagli” o sulle “tasse”.

I piani triennali rappresentano uno strumento al quale fare riferimento per attivare iniziative di miglioramento nella gestione delle aziende sanitarie. Si tratta di processi gestionali aventi caratteristiche innovative rispetto a quelli ordinariamente in uso*. I piani si distinguono dai bilanci preventivi annualmente presentati dalle aziende sanitarie e approvati dai competenti organi regionali, soprattutto perché i secondi presentano solitamente un modesto collegamento logico e analitico con le attività di assistenza sottostanti. Non derivano cioè dal consolidamento di programmi di produzione/erogazione analizzati sulla base di:

- volumi di attività programmate per ciascun settore di attività socio-sanitaria;
- livelli di efficienza di impiego dei vari fattori produttivi;
- prezzi di acquisizione derivanti da sistematiche politiche di approvvigionamento.

* Chi scrive ha preso parte operativamente ad un processo analogo a quello descritto nella Regione Veneto. Prendendo atto delle crescenti perdite di bilancio presentate da alcune Aziende Sanitarie, la Giunta Regionale della Regione Veneto, in data 30.04.2003, con atto deliberativo n° 1187, ha stabilito che, al fine di ricondurre la spesa sanitaria entro limiti compatibili con le risorse disponibili, alcune Aziende dovessero predisporre un piano “industriale” di risanamento.

Nell'ipotesi più frequente la programmazione annuale delle aziende sanitarie è la sintesi di:

- la dinamica storica di andamento della spesa;
- i cambiamenti più rilevanti previsti nella gestione prospettica dell'azienda, derivanti dalla struttura e dall'organizzazione dei servizi erogati o da innovazioni normative recentemente attuate o ragionevolmente previste.

Una seconda differenza di rilievo fra i piani triennali e la consueta programmazione annuale attiene all'orizzonte temporale di riferimento: il triennio anziché l'anno. In questo modo si prende atto che alcune importanti azioni gestionali in campo sanitario non producono effetti in tempi brevi. Se le aziende presentassero solo programmi annuali le iniziative con tempi di realizzo non brevi non troverebbero riconoscimento e potrebbero addirittura essere scartate a vantaggio di altre più visibili ma di minore impatto.

2. GLI OBIETTIVI ASSEGNATI

L'obiettivo principale che le Aziende sanitarie impegnate nella programmazione triennale devono conseguire è di ottemperare all'esigenza di ricondurre la gestione economica nelle condizioni di "equilibrio di bilancio" come previsto dalla legge finanziaria 2003 (legge 289/2002 articolo 52, comma 4). È contemporaneamente necessario che le aziende si impegnino a mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA in base all'accordo tra Governo e Regioni del 22 novembre 2001. La definizione delle modalità di contenimento di questi due obiettivi è questione particolarmente delicata. In particolare è necessario rispondere a due domande:

- a) come comportarsi se l'erogazione dei LEA e l'equilibrio di bilancio non risultano contemporaneamente raggiungibili?
 - b) è possibile raggiungere una valida convinzione che i costi di gestione non sono ulteriormente comprimibili senza intaccare l'erogazione dei LEA?
- Se i due obiettivi non risultano contemporaneamente

conseguibili è irragionevole, in assenza di modifiche strutturali del sistema sanitario, cercare di mantenere i livelli di assistenza senza le risorse necessarie. Ciò si tradurrebbe nella incapacità delle aziende a fronteggiare i pagamenti richiesti per l'acquisizione dei fattori produttivi (beni e servizi, personale...) e provocherebbe inevitabilmente il loro dissesto.

Ma la questione più critica è la seconda. Quando possa sostenersi che i costi non sono ulteriormente comprimibili senza pregiudizio alle prestazioni rese. Le soluzioni organizzative attuate dalle aziende sanitarie sono infatti sovente specifiche di ogni singola realtà e difficilmente valutabili da chi non vi operi direttamente. Esse riflettono, tra l'altro:

- caratteristiche ambientali singolari (ad esempio insediamenti in zone montane o lagunari);
- percorsi storici unici (ad esempio le aziende possono derivare da accorpamenti di preesistenti strutture che originano duplicazioni non rapidamente rimuovibili);
- modalità di erogazione di prestazioni numerose, caratterizzate da tecnologie e metodiche rapidamente mutevoli.

La fissazione dell'obiettivo di miglioramento del risultato va definita in misura tale da richiedere un impegno significativo da parte delle aziende interessate e – in prima approssimazione – compatibile con l'attuale livello delle prestazioni sanitarie erogate. Sussistono valide ragioni per ritenere che le aziende sanitarie possano attuare importanti misure di contenimento dei costi prima di intaccare i livelli essenziali di assistenza. L'orientamento durevolmente assunto nel passato ha sempre privilegiato l'offerta assistenziale, interpretando le deficienze finanziarie principalmente come temporanee mancate assegnazioni dei fondi necessari, piuttosto che come presupposti di razionalizzazione. Ancora, ogni intervento che si riverbera sull'organizzazione dei servizi sanitari, ancorché non modifichi nella sostanza l'assistenza fornita, è oggetto di sospettosa attenzione da parte della popolazione e dei suoi rappresentanti e ri-

sulta non facile da attuare. Infine, il dibattito sull'appropriatezza e sull'evidenza clinica delle prestazioni non ha trovato soluzioni importanti e ampiamente condivise, mentre si assiste a una accentuata e non giustificata variabilità della pratica medica. Tutto questo induce a guardare con fiducia alle iniziative, non certo semplici, destinate al contenimento dei costi a parità (e talvolta con il miglioramento) delle prestazioni assistenziali.

Se, alla fine, i competenti organi regionali traggono la convinzione che i risultati delle aziende non siano ulteriormente comprimibili è possibile concordare piani triennali in perdita, purché inquadrati in una prospettiva di revisione dei livelli di erogazione e mantenendo presupposti di vigilanza per impedire il manifestarsi di condizioni di insolvenza e dissesto.

3. TIPOLOGIA DELLE AZIONI DI RISANAMENTO

I punti chiave ai quali devono ispirarsi le aziende nella elaborazione dei propri piani sono:

- la definizione di obiettivi di risanamento chiaramente definiti e misurabili;
- la definizione di procedure operative di attivazione delle azioni di risanamento;
- la predisposizione di un ventaglio informativo da parte di ciascuna azienda sanitaria per le operazioni di condivisione e di verifica con gli Uffici Regionali.

La metodologia di presentazione dei piani richiede che le singole azioni di riorganizzazione e di risparmio dei costi vengano articolate in funzione di almeno tre differenti tipologie:

1. azioni "indipendenti" in quanto esperibili da ogni singola azienda sanitaria senza la collaborazione di altri enti (come ad esempio altre aziende sanitarie e/o aziende private). Esempi di azioni indipendenti sono i seguenti:
 - rinegoziazione di contratti di service;
 - contenimento della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale attraverso l'incremento

della fornitura diretta e la sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale per prescrizioni delle molecole a basso costo;

- riduzione del costo del personale a seguito di interventi organizzativi nell'area ospedaliera;
- riorientamento e contenimento di servizi territoriali;
- economie derivanti dalla riduzione dei posti letto ospedalieri;
- riduzione dell'acquisto di risorse professionali e riorientamento delle attività specialistiche verso le strutture pubbliche;
- adesione a procedure centralizzate per l'acquisto di beni e servizi;
- azione di razionalizzazione logistica relativa agli acquisti e al magazzinaggio;
- impegno a ridurre l'attività di ricovero.

2. Azioni "concertate" in quanto esperibili solo attraverso l'attiva collaborazione di altre aziende o enti privati accreditati. Esempi di azioni concertate sono i seguenti:

- azione concertata con un'altra azienda sanitaria mirata alla costituzione di un Dipartimento interaziendale "Cardiochirurgico e vascolare";
- definizione di tetti di attività e di costo per ricoveri e specialistica concordati con l'Azienda Ospedaliera principale fornitrice;
- attivazione di un tavolo di lavoro su base provinciale, finalizzato ad analizzare volumi, tipologia, appropriatezza dell'attività di ricovero e ambulatoriale specialistica con l'obiettivo di un contenimento dell'attività stessa.

3. Azioni "condizionate" in quanto esperibili in modo efficace ed efficiente solo in presenza di alcune modifiche della programmazione sanitaria di competenza dei massimi organi di governo regionale. Esempi di azioni condizionate sono i seguenti:

- trasformazione di una struttura ospedaliera in struttura di riabilitazione per lungo degenti;
- riposizionamento dei servizi erogati da strut-

ture private verso determinate specialità mediche e chirurgiche;

- operazioni di incremento dei proventi di provenienza extra-regionale legata all'espansione dei servizi di "Diagnostica di Laboratorio", condizionate a un mutamento della programmazione regionale.

Una questione sulla quale si richiama l'attenzione è la seguente: come va espresso l'obiettivo economico assegnato a ciascuna azienda nei piani triennali? Intuitivamente dovrebbe essere definito in termini di risultato economico, cioè di differenza fra costi e ricavi. Va tuttavia posta attenzione alla circostanza che il risultato economico di un'azienda potrebbe essere migliorato aumentando le prestazioni cedute ad altre aziende della Regione e quindi, nella sostanza, a scapito dei risultati economici delle aziende acquirenti e con peggioramento del consolidato regionale. Senza pretendere di affrontare in questa sede il complesso problema del bilanciamento fra libertà degli utenti del servizio sanitario e vincoli finanziari al funzionamento del medesimo vogliamo suggerire che, quando il problema è quello di razionalizzare l'apparato produttivo e non di dilatarne le dimensioni, può essere efficace esprimere gli obiettivi economici di ciascuna azienda in termini di costi complessivi (eventualmente detraendo dai costi i ricavi derivanti dalla mobilità extraregionale). In questo modo tentazioni verso l'incremento della mobilità attiva sono valutate negativamente perché provocano un incremento dei costi senza alcun beneficio.

4. CONCLUSIONI

I piani triennali attivano, in sostanza, un processo caratterizzato da una maggior vigilanza da parte degli organi regionali sull'attività delle aziende sanitarie. Tale vigilanza non si scontra con la delega assegnata ai Direttori Generali ma offre alimenti di supporto al rapporto fiduciario che ne legittima l'attività. In altre parole, bisogna tener conto:

- a) dell'impegno profuso dai direttori nel suggerire

iniziative di miglioramento indipendenti e nel concertare accordi con altre aziende;

- b) della costante tensione mantenuta nel tempo nel conseguire i risultati costituenti le varie tappe in cui dette iniziative sono articolate;
- c) della flessibilità dimostrata nel rielaborare i programmi a fronte dei possibili mutamenti intervenuti nel contesto aziendale;
- d) della trasparenza dimostrata nell'interpretare gli scostamenti rispetto agli obiettivi prefissati segnalando quanto riconducibile ad eventi inaspettati e quanto invece espressione della deliberata gestione aziendale;
- e) della disponibilità a capire e recepire esperienze di *best practices* riproducibili in altre realtà aziendali.

Tutti questi elementi costituiscono la cornice informativa più idonea per dare riconoscimento ai più meritevoli o per trovare forme eque di applicazione del nodo disposto normativo che prevede di adottare provvedimenti diretti a prevedere la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere (art. 52, comma 4, lettera d. della legge 27.12.2002, n. 289). Da quanto esposto si evince che l'obiettivo dei direttori generali è l'equilibrio economico o, nello spirito della legge, quello che – secondo le logiche economico-aziendali – si avvicina maggiormente all'equilibrio economico. In talune circostanze, come abbiamo visto, non è realistico considerare raggiungibile il pareggio fra costi e ricavi. In questa ipotesi tuttavia il perseguimento della logica economica richiede che comunque si perseguano i migliori risultati conseguibili, declinati in azioni di miglioramento dell'economicità aziendale. Il provvedimento a cui la legge si riferisce dovrà pertanto prevedere la decadenza quando l'obiettivo concordato e le connesse azioni per conseguirlo non vengano poste in essere dal direttore per cause riconducibili al suo impegno, cause inequivocabilmente riscontrate nel corso di un processo continuo di vigilanza.

Mobilità interregionale, gli ospedali più attraenti

La mobilità ospedaliera interregionale, ossia il ricorso da parte dei cittadini all'assistenza presso ospedali di Regioni diverse da quelle di residenza, è divenuta più consistente nel corso degli anni. All'interno del fenomeno si possono riconoscere due diverse tipologie di mobilità: quella fisiologica o inevitabile e quella evitabile. La prima riguarda i ricoveri presso strutture extraregionali per ragioni accidentali o per prestazioni di alta specializzazione non garantite pienamente nella Regione di origine; la seconda si riferisce a prestazioni ospedaliere di ordinario livello.

La mobilità inevitabile può trovare, almeno nel breve-medio periodo, una sua logica giustificazione; si deve, però, considerare che politiche tese ad attrarre gli assistiti di altre Regioni, senza limitazioni, determinano un ostacolo ai processi di qualificazione delle aree meno dotate, accentuandone il grado di dipendenza.

La mobilità evitabile deve essere, invece, sicuramente scoraggiata perché è causa di dispendio di risorse economiche pubbliche. Un discorso a parte va, naturalmente, fatto per la cosiddetta mobilità "di confine", in cui la contiguità territoriale, di fatto, spesso prevale sui confini istituzionali.

I recenti documenti predisposti in sede tecnica in materia di remunerazione dei ricoveri in mobilità sanitaria intendono rispondere alle logiche di riequilibrio e razionalizzazione del fenomeno; mentre per le prestazioni qualificate si aggiornano le remunerazioni, riconoscendo un incremento dei relativi corrispettivi, per le altre si operano dei decrementi con finalità dissuasive.

È da ricordare che i criteri per l'anno 2003 per la remunerazione dei ricoveri in mobilità sono stati i seguenti:

- per quanto riguarda le prestazioni classificate di "alta specialità" è stato previsto un incremento del 10% delle tariffe definite nel DM del 30 giugno 1997;
- per le prestazioni effettuate presso le Aziende miste, ossia presso le Aziende ospedaliere o gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico in cui vi sia l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia, viene riconosciuto un incremento del 6% del valore tariffario;
- per i 43 DRG, considerati a rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario nel DPCM del 29 novembre 2001, di definizione dei livelli essenziali di assistenza, è stato previsto un decremento tariffario fino a un massimo del 25% della tariffa del DM del 1997 per i DRG chirurgici e fino a un massimo del 50% per i DRG medici e per ulteriori 54 DRG medici, denominati dalle Regioni

“sentinella”, un decremento del 20%;

- tariffe particolari sono state definite per la compensazione dei DRG riguardanti i trapianti.

Le tabelle, di seguito riportate (da n. 1 a n. 21), evidenziano i flussi migratori delle diverse Regioni, nel triennio 2000-2002. Complessivamente i ricoveri effettuati in mobilità sono stati nell'anno 2000 851.515, nell'anno 2001 881.347 e nell'anno 2002 882.284.

La Regione con il più alto saldo migratorio attivo (mobilità attiva meno mobilità passiva) è la Lombardia (347.686 ricoveri nel triennio), seguita dall'Emilia Romagna (182.521), dalla Toscana (115.752) e dal Veneto (114.090).

La Regione, con il più alto saldo migratorio passivo (mobilità passiva meno mobilità attiva), è la Campania (195.564), seguita dalla Sicilia (155.712),

Calabria (152.973) e Basilicata (59.340).

Quest'ultima, considerando il numero degli abitanti, è la Regione che presenta il più alto saldo tra indice di fuga e indice di attrazione.

Particolarmente interessante è la tabella n. 22 che riporta, per ciascuna Regione, le percentuali di mobilità attiva e passiva tra Regioni confinanti, nell'anno 2002, sul totale della mobilità.

La tabella 23 evidenzia, per ciascuna Regione, la distribuzione dei ricoveri in mobilità passiva presso le principali strutture ospedaliere di destinazione.

Nelle tabelle successive (da 24 a 27) sono, infine, riportati i dati degli ospedali che effettuano il più alto numero di ricoveri in mobilità, distinti per le diverse tipologie di struttura: IRCCS, Aziende ospedaliere, Policlinici universitari e Ospedali classificati, Presidi ospedalieri non aziendalizzati.

Tabella I - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Piemonte

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Valle d'Aosta	3.242	5,6	1.131	1,7	6.333
Lombardia	14.447	25,0	39.140	59,3	-74.077
Bolzano	60	0,1	91	0,1	-94
Trento	152	0,3	159	0,2	-21
Veneto	662	1,1	1.445	2,2	-2.349
Friuli Venezia Giulia	197	0,3	235	0,4	-115
Liguria	12.601	21,8	12.761	19,3	-480
Emilia Romagna	1.284	2,2	2.393	3,6	-3.328
Toscana	1.007	1,7	1.462	2,2	-1.363
Umbria	127	0,2	136	0,2	-28
Marche	317	0,5	319	0,5	-6
Lazio	990	1,7	901	1,4	267
Abruzzo	360	0,6	404	0,6	-134
Molise	121	0,2	82	0,1	119
Campania	2.721	4,7	842	1,3	5.637
Puglia	2.452	4,2	1.244	1,9	3.622
Basilicata	613	1,1	572	0,9	125
Calabria	3.433	5,9	1.048	1,6	7.155
Sicilia	4.076	7,1	1.104	1,7	8.916
Sardegna	975	1,7	587	0,9	1.166
Stranieri	7.948	13,8			23.843
In Complesso	57.785	100,0	66.056	100,0	-24.812

Tabella 2 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Valle D'Aosta

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	1.131	53,7	3.242	62,8	-6.333
Lombardia	268	12,7	1.083	21,0	-2.444
Bolzano	1	0,0	2	0,0	-4
Trento	2	0,1	5	0,1	-9
Veneto	20	0,9	91	1,8	-213
Friuli Venezia Giulia	3	0,2	11	0,2	-24
Liguria	100	4,7	298	5,8	-595
Emilia Romagna	26	1,3	96	1,9	-210
Toscana	33	1,6	124	2,4	-274
Umbria	3	0,2	8	0,1	-13
Marche	8	0,4	11	0,2	-9
Lazio	39	1,9	35	0,7	11
Abruzzo	10	0,5	16	0,3	-18
Molise	1	0,1	2	0,0	-1
Campania	31	1,5	15	0,3	49
Puglia	28	1,3	16	0,3	35
Basilicata	5	0,2	4	0,1	1
Calabria	98	4,7	61	1,2	112
Sicilia	44	2,1	23	0,4	64
Sardegna	32	1,5	21	0,4	32
Stranieri	221	10,5			663
In Complesso	2.106	100,0	5.166	100,0	-9.180

Tabella 3 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Lombardia

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	39.140	20,0	14.447	18,2	74.077
Valle d'Aosta	1.083	0,6	268	0,3	2.444
Bolzano	581	0,3	556	0,7	76
Trento	2.356	1,2	3.925	4,9	-4.707
Veneto	10.021	5,1	16.205	20,4	-18.552
Friuli Venezia Giulia	1.804	0,9	785	1,0	3.056
Liguria	10.032	5,1	7.074	8,9	8.875
Emilia Romagna	22.741	11,6	17.654	22,2	15.261
Toscana	6.860	3,5	3.456	4,4	10.210
Umbria	1.331	0,7	405	0,5	2.778
Marche	3.133	1,6	1.121	1,4	6.035
Lazio	5.720	2,9	2.033	2,6	11.061
Abruzzo	2.194	1,1	1.032	1,3	3.484
Molise	835	0,4	173	0,2	1.987
Campania	12.113	6,2	2.045	2,6	30.205
Puglia	13.002	6,7	2.623	3,3	31.136
Basilicata	2.382	1,2	335	0,4	6.141
Calabria	13.355	6,8	1.849	2,3	34.519
Sicilia	22.411	11,5	2.329	2,9	60.248
Sardegna	3.850	2,0	1.130	1,4	8.162
Stranieri	20.397	10,4			61.190
In Complesso	195.340	100,0	79.444	100,0	347.686

Tabella 4 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - P.A. Bolzano

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	91	0,8	60	1,2	94
Valle d'Aosta	2	0,0	1	0,0	4
Lombardia	556	4,8	581	12,0	-76
Trento	3.011	26,2	1.477	30,5	4.601
Veneto	1.819	15,8	1.639	33,8	541
Friuli Venezia Giulia	196	1,7	89	1,8	321
Liguria	90	0,8	46	0,9	134
Emilia Romagna	329	2,9	439	9,0	-329
Toscana	201	1,8	101	2,1	302
Umbria	25	0,2	16	0,3	27
Marche	71	0,6	40	0,8	92
Lazio	350	3,0	83	1,7	801
Abruzzo	30	0,3	32	0,7	-7
Molise	9	0,1	3	0,1	16
Campania	124	1,1	51	1,1	217
Puglia	147	1,3	97	2,0	150
Basilicata	11	0,1	4	0,1	21
Calabria	105	0,9	39	0,8	196
Sicilia	138	1,2	26	0,5	336
Sardegna	59	0,5	27	0,5	98
Stranieri	4.121	35,9			12.362
In Complesso	11.485	100,0	4.851	100,0	19.901

Tabella 5 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - P.A. Trento

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	159	1,2	152	1,0	21
Valle d'Aosta	5	0,0	2	0,0	9
Lombardia	3.925	30,3	2.356	15,7	4.707
Bolzano	1.477	11,4	3.011	20,0	-4.601
Veneto	3.261	25,1	7.760	51,6	-13.495
Friuli Venezia Giulia	163	1,3	131	0,9	98
Liguria	162	1,2	135	0,9	82
Emilia Romagna	696	5,4	743	4,9	-142
Toscana	211	1,6	156	1,0	166
Umbria	44	0,3	24	0,2	59
Marche	120	0,9	44	0,3	230
Lazio	379	2,9	161	1,1	656
Abruzzo	59	0,5	39	0,3	61
Molise	11	0,1	6	0,0	16
Campania	242	1,9	100	0,7	425
Puglia	258	2,0	76	0,5	544
Basilicata	26	0,2	10	0,1	50
Calabria	168	1,3	31	0,2	411
Sicilia	322	2,5	55	0,4	801
Sardegna	116	0,9	41	0,3	225
Stranieri	1.168	9,0			3.503
In Complesso	12.972	100,0	15.030	100,0	-6.174

Tabella 6 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Veneto

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	1.445	1,8	662	1,6	2.349
Valle d'Aosta	91	0,1	20	0,0	213
Lombardia	16.205	20,2	10.021	23,7	18.552
Bolzano	1.639	2,0	1.819	4,3	-541
Trento	7.760	9,7	3.261	7,7	13.495
Friuli Venezia Giulia	10.006	12,4	13.120	31,0	-9.344
Liguria	734	0,9	510	1,2	672
Emilia Romagna	8.689	10,8	8.073	19,1	1.850
Toscana	1.976	2,5	959	2,3	3.051
Umbria	382	0,5	144	0,3	716
Marche	1.280	1,6	311	0,7	2.906
Lazio	2.423	3,0	949	2,2	4.421
Abruzzo	689	0,9	240	0,6	1.347
Molise	184	0,2	27	0,1	470
Campania	3.326	4,1	551	1,3	8.324
Puglia	3.714	4,6	629	1,5	9.253
Basilicata	460	0,6	37	0,1	1.269
Calabria	2.353	2,9	241	0,6	6.334
Sicilia	8.182	10,2	534	1,3	22.945
Sardegna	914	1,1	261	0,6	1.960
Stranieri	7.949	9,9			23.848
In Complesso	80.399	100,0	42.369	100,0	114.090

Tabella 7 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Friuli Venezia Giulia

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	235	1,1	197	1,3	115
Valle d'Aosta	11	0,1	3	0,0	24
Lombardia	785	3,7	1.804	11,9	-3.056
Bolzano	89	0,4	196	1,3	-321
Trento	131	0,6	163	1,1	-98
Veneto	13.120	62,3	10.006	65,8	9.344
Liguria	128	0,6	159	1,0	-95
Emilia Romagna	455	2,2	1.013	6,7	-1.675
Toscana	359	1,7	308	2,0	153
Umbria	91	0,4	41	0,3	149
Marche	134	0,6	98	0,6	108
Lazio	524	2,5	338	2,2	559
Abruzzo	87	0,4	102	0,7	-45
Molise	32	0,2	14	0,1	55
Campania	821	3,9	243	1,6	1.733
Puglia	646	3,1	203	1,3	1.327
Basilicata	64	0,3	11	0,1	159
Calabria	278	1,3	69	0,5	627
Sicilia	1.194	5,7	180	1,2	3.042
Sardegna	160	0,8	65	0,4	287
Stranieri	1.716	8,1			5.149
In Complesso	21.061	100,0	15.214	100,0	17.541

Tabella 8 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Liguria

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	12.761	26,2	12.601	32,1	480
Valle d'Aosta	298	0,6	100	0,3	595
Lombardia	7.074	14,5	10.032	25,6	-8.875
Bolzano	46	0,1	90	0,2	-134
Trento	135	0,3	162	0,4	-82
Veneto	510	1,0	734	1,9	-672
Friuli Venezia Giulia	159	0,3	128	0,3	95
Emilia Romagna	1.749	3,6	2.642	6,7	-2.679
Toscana	5.908	12,1	10.553	26,9	-13.937
Umbria	174	0,4	90	0,2	252
Marche	292	0,6	118	0,3	521
Lazio	1.064	2,2	546	1,4	1.552
Abruzzo	433	0,9	119	0,3	942
Molise	78	0,2	16	0,0	184
Campania	2.669	5,5	244	0,6	7.276
Puglia	1.922	3,9	208	0,5	5.141
Basilicata	348	0,7	33	0,1	945
Calabria	2.439	5,0	222	0,6	6.652
Sicilia	4.367	9,0	368	0,9	11.996
Sardegna	1.615	3,3	253	0,6	4.087
Stranieri	4.730	9,7			14.189
In Complesso	48.770	100,0	39.260	100,0	28.528

Tabella 9 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Emilia Romagna

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	2.393	2,2	1.284	2,6	3.328
Valle d'Aosta	96	0,1	26	0,1	210
Lombardia	17.654	16,1	22.741	46,4	-15.261
Bolzano	439	0,4	329	0,7	329
Trento	743	0,7	696	1,4	142
Veneto	8.073	7,4	8.689	17,7	-1.850
Friuli Venezia Giulia	1.013	0,9	455	0,9	1.675
Liguria	2.642	2,4	1.749	3,6	2.679
Toscana	7.928	7,2	3.411	7,0	13.552
Umbria	1.584	1,4	340	0,7	3.734
Marche	14.337	13,1	3.275	6,7	33.184
Lazio	4.293	3,9	1.137	2,3	9.467
Abruzzo	3.868	3,5	518	1,1	10.051
Molise	924	0,8	82	0,2	2.525
Campania	7.643	7,0	1.381	2,8	18.786
Puglia	9.641	8,8	1.210	2,5	25.293
Basilicata	1.557	1,4	118	0,2	4.317
Calabria	6.744	6,1	501	1,0	18.730
Sicilia	7.971	7,3	692	1,4	21.836
Sardegna	1.698	1,5	335	0,7	4.088
Stranieri	8.569	7,8			25.706
In Complesso	109.810	100,0	48.970	100,0	182.521

Tabella 10 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Toscana

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	1.462	1,9	1.007	2,6	1.363
Valle d'Aosta	124	0,2	33	0,1	274
Lombardia	3.456	4,5	6.860	18,0	-10.210
Bolzano	101	0,1	201	0,5	-302
Trento	156	0,2	211	0,6	-166
Veneto	959	1,2	1.976	5,2	-3.051
Friuli Venezia Giulia	308	0,4	359	0,9	-153
Liguria	10.553	13,7	5.908	15,5	13.937
Emilia Romagna	3.411	4,4	7.928	20,8	-13.552
Umbria	5.462	7,1	5.490	14,4	-84
Marche	1.331	1,7	646	1,7	2.055
Lazio	9.659	12,6	4.157	10,9	16.507
Abruzzo	1.071	1,4	359	0,9	2.136
Molise	413	0,5	60	0,2	1.058
Campania	9.475	12,3	1.118	2,9	25.069
Puglia	3.925	5,1	513	1,3	10.234
Basilicata	1.447	1,9	102	0,3	4.035
Calabria	5.645	7,4	340	0,9	15.914
Sicilia	6.675	8,7	564	1,5	18.334
Sardegna	1.417	1,8	354	0,9	3.191
Stranieri	9.721	12,7			29.163
In Complesso	76.770	100,0	38.186	100,0	115.752

Tabella 11 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Umbria

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	136	0,4	127	0,7	28
Valle d'Aosta	8	0,0	3	0,0	13
Lombardia	405	1,3	1.331	7,4	-2.778
Bolzano	16	0,1	25	0,1	-27
Trento	24	0,1	44	0,2	-59
Veneto	144	0,5	382	2,1	-716
Friuli Venezia Giulia	41	0,1	91	0,5	-149
Liguria	90	0,3	174	1,0	-252
Emilia Romagna	340	1,1	1.584	8,8	-3.734
Toscana	5.490	17,3	5.462	30,4	84
Marche	3.103	9,8	1.650	9,2	4.357
Lazio	13.990	44,2	6.061	33,7	23.787
Abruzzo	817	2,6	423	2,4	1.180
Molise	176	0,6	34	0,2	427
Campania	1.101	3,5	248	1,4	2.558
Puglia	1.158	3,7	123	0,7	3.105
Basilicata	329	1,0	9	0,0	960
Calabria	1.205	3,8	60	0,3	3.433
Sicilia	614	1,9	83	0,5	1.594
Sardegna	153	0,5	57	0,3	289
Stranieri	2.321	7,3			6.964
In Complesso	31.660	100,0	17.972	100,0	41.064

Tabella 12 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Marche

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	319	1,1	317	1,0	6
Valle d'Aosta	11	0,0	8	0,0	9
Lombardia	1.121	4,0	3.133	9,7	-6.035
Bolzano	40	0,1	71	0,2	-92
Trento	44	0,2	120	0,4	-230
Veneto	311	1,1	1.280	4,0	-2.906
Friuli Venezia Giulia	98	0,3	134	0,4	-108
Liguria	118	0,4	292	0,9	-521
Emilia Romagna	3.275	11,6	14.337	44,5	-33.184
Toscana	646	2,3	1.331	4,1	-2.055
Umbria	1.650	5,9	3.103	9,6	-4.357
Lazio	2.395	8,5	3.088	9,6	-2.077
Abruzzo	10.928	38,8	3.799	11,8	21.387
Molise	440	1,6	55	0,2	1.156
Campania	971	3,4	320	1,0	1.953
Puglia	2.519	8,9	515	1,6	6.011
Basilicata	201	0,7	30	0,1	513
Calabria	426	1,5	88	0,3	1.012
Sicilia	727	2,6	147	0,5	1.738
Sardegna	144	0,5	54	0,2	272
Stranieri	1.771	6,3			5.314
In Complesso	28.157	100,0	32.222	100,0	-12.194

Tabella 13 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Lazio

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	901	0,8	990	1,4	-267
Valle d'Aosta	35	0,0	39	0,1	-11
Lombardia	2.033	1,9	5.720	7,9	-11.061
Bolzano	83	0,1	350	0,5	-801
Trento	161	0,1	379	0,5	-656
Veneto	949	0,9	2.423	3,3	-4.421
Friuli Venezia Giulia	338	0,3	524	0,7	-559
Liguria	546	0,5	1.064	1,5	-1.552
Emilia Romagna	1.137	1,0	4.293	5,9	-9.467
Toscana	4.157	3,8	9.659	13,3	-16.507
Umbria	6.061	5,6	13.990	19,3	-23.787
Marche	3.088	2,8	2.395	3,3	2.077
Abruzzo	9.853	9,1	16.805	23,2	-20.855
Molise	4.080	3,8	2.156	3,0	5.773
Campania	29.776	27,5	5.921	8,2	71.565
Puglia	8.461	7,8	1.980	2,7	19.441
Basilicata	3.153	2,9	268	0,4	8.655
Calabria	12.593	11,6	1.342	1,9	33.753
Sicilia	8.509	7,8	1.203	1,7	21.920
Sardegna	3.350	3,1	880	1,2	7.409
Stranieri	9.205	8,5			27.615
In Complesso	108.470	100,0	72.382	100,0	108.264

Tabella 14 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Abruzzo

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	404	1,1	360	1,1	134
Valle d'Aosta	16	0,0	10	0,0	18
Lombardia	1.032	2,7	2.194	6,5	-3.484
Bolzano	32	0,1	30	0,1	7
Trento	39	0,1	59	0,2	-61
Veneto	240	0,6	689	2,0	-1.347
Friuli Venezia Giulia	102	0,3	87	0,3	45
Liguria	119	0,3	433	1,3	-942
Emilia Romagna	518	1,4	3.868	11,4	-10.051
Toscana	359	0,9	1.071	3,2	-2.136
Umbria	423	1,1	817	2,4	-1.180
Marche	3.799	10,0	10.928	32,3	-21.387
Lazio	16.805	44,0	9.853	29,1	20.855
Molise	6.266	16,4	1.619	4,8	13.942
Campania	2.073	5,4	476	1,4	4.791
Puglia	3.613	9,5	1.121	3,3	7.474
Basilicata	254	0,7	34	0,1	659
Calabria	407	1,1	62	0,2	1.033
Sicilia	431	1,1	110	0,3	962
Sardegna	119	0,3	44	0,1	225
Stranieri	1.123	2,9			3.368
In Complesso	38.173	100,0	33.865	100,0	12.925

Tabella 15 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Molise

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	82	0,5	121	0,7	-119
Valle d'Aosta	2	0,0	1	0,0	1
Lombardia	173	1,1	835	4,9	-1.987
Bolzano	3	0,0	9	0,1	-16
Trento	6	0,0	11	0,1	-16
Veneto	27	0,2	184	1,1	-470
Friuli Venezia Giulia	14	0,1	32	0,2	-55
Liguria	16	0,1	78	0,5	-184
Emilia Romagna	82	0,5	924	5,5	-2.525
Toscana	60	0,4	413	2,4	-1.058
Umbria	34	0,2	176	1,0	-427
Marche	55	0,4	440	2,6	-1.156
Lazio	2.156	13,9	4.080	24,2	-5.773
Abruzzo	1.619	10,4	6.266	37,1	-13.942
Campania	7.452	48,0	1.162	6,9	18.869
Puglia	3.228	20,8	2.074	12,3	3.462
Basilicata	140	0,9	15	0,1	373
Calabria	99	0,6	26	0,2	218
Sicilia	80	0,5	27	0,2	161
Sardegna	14	0,1	8	0,0	18
Stranieri	192	1,2			577
In Complesso	15.533	100,0	16.882	100,0	-4.049

Tabella 16 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Campania

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	842	2,7	2.721	2,8	-5.637
Valle d'Aosta	15	0,0	31	0,0	-49
Lombardia	2.045	6,6	12.113	12,6	-30.205
Bolzano	51	0,2	124	0,1	-217
Trento	100	0,3	242	0,3	-425
Veneto	551	1,8	3.326	3,5	-8.324
Friuli Venezia Giulia	243	0,8	821	0,9	-1.733
Liguria	244	0,8	2.669	2,8	-7.276
Emilia Romagna	1.381	4,5	7.643	8,0	-18.786
Toscana	1.118	3,6	9.475	9,9	-25.069
Umbria	248	0,8	1.101	1,1	-2.558
Marche	320	1,0	971	1,0	-1.953
Lazio	5.921	19,3	29.776	31,0	-71.565
Abruzzo	476	1,5	2.073	2,2	-4.791
Molise	1.162	3,8	7.452	7,8	-18.869
Puglia	2.362	7,7	7.643	8,0	-15.844
Basilicata	5.020	16,3	4.985	5,2	104
Calabria	2.680	8,7	1.863	1,9	2.452
Sicilia	1.259	4,1	671	0,7	1.763
Sardegna	240	0,8	241	0,3	-3
Stranieri	4.474	14,5			13.421
In Complesso	30.752	100,0	95.940	100,0	-195.564

Tabella 17 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Puglia

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	1.244	2,9	2.452	4,0	-3.622
Valle d'Aosta	16	0,0	28	0,0	-35
Lombardia	2.623	6,2	13.002	21,1	-31.136
Bolzano	97	0,2	147	0,2	-150
Trento	76	0,2	258	0,4	-544
Veneto	629	1,5	3.714	6,0	-9.253
Friuli Venezia Giulia	203	0,5	646	1,0	-1.327
Liguria	208	0,5	1.922	3,1	-5.141
Emilia Romagna	1.210	2,9	9.641	15,6	-25.293
Toscana	513	1,2	3.925	6,4	-10.234
Umbria	123	0,3	1.158	1,9	-3.105
Marche	515	1,2	2.519	4,1	-6.011
Lazio	1.980	4,7	8.461	13,7	-19.441
Abruzzo	1.121	2,7	3.613	5,9	-7.474
Molise	2.074	4,9	3.228	5,2	-3.462
Campania	7.643	18,1	2.362	3,8	15.844
Basilicata	14.502	34,3	3.378	5,5	33.372
Calabria	3.711	8,8	627	1,0	9.252
Sicilia	1.445	3,4	465	0,8	2.940
Sardegna	150	0,4	100	0,2	149
Stranieri	2.181	5,2			6.542
In Complesso	42.268	100,0	61.644	100,0	-58.129

Tabella 18 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Basilicata

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	572	4,5	613	1,9	-125
Valle d'Aosta	4	0,0	5	0,0	-1
Lombardia	335	2,6	2.382	7,3	-6.141
Bolzano	4	0,0	11	0,0	-21
Trento	10	0,1	26	0,1	-50
Veneto	37	0,3	460	1,4	-1.269
Friuli Venezia Giulia	11	0,1	64	0,2	-159
Liguria	33	0,3	348	1,1	-945
Emilia Romagna	118	0,9	1.557	4,8	-4.317
Toscana	102	0,8	1.447	4,4	-4.035
Umbria	9	0,1	329	1,0	-960
Marche	30	0,2	201	0,6	-513
Lazio	268	2,1	3.153	9,7	-8.655
Abruzzo	34	0,3	254	0,8	-659
Molise	15	0,1	140	0,4	-373
Campania	4.985	39,0	5.020	15,4	-104
Puglia	3.378	26,4	14.502	44,5	-33.372
Calabria	2.561	20,0	1.915	5,9	1.940
Sicilia	128	1,0	129	0,4	-4
Sardegna	12	0,1	17	0,1	-16
Stranieri	146	1,1			439
In Complesso	12.793	100,0	32.573	100,0	-59.340

Tabella 19 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Calabria

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	1.048	6,9	3.433	5,2	-7.155
Valle d'Aosta	61	0,4	98	0,1	-112
Lombardia	1.849	12,2	13.355	20,2	-34.519
Bolzano	39	0,3	105	0,2	-196
Trento	31	0,2	168	0,3	-411
Veneto	241	1,6	2.353	3,6	-6.334
Friuli Venezia Giulia	69	0,5	278	0,4	-627
Liguria	222	1,5	2.439	3,7	-6.652
Emilia Romagna	501	3,3	6.744	10,2	-18.730
Toscana	340	2,2	5.645	8,5	-15.914
Umbria	60	0,4	1.205	1,8	-3.433
Marche	88	0,6	426	0,6	-1.012
Lazio	1.342	8,9	12.593	19,1	-33.753
Abruzzo	62	0,4	407	0,6	-1.033
Molise	26	0,2	99	0,1	-218
Campania	1.863	12,3	2.680	4,1	-2.452
Puglia	627	4,2	3.711	5,6	-9.252
Basilicata	1.915	12,7	2.561	3,9	-1.940
Sicilia	3.457	22,9	7.756	11,7	-12.896
Sardegna	57	0,4	51	0,1	20
Stranieri	1.215	8,0			3.646
In Complesso	15.115	100,0	66.106	100,0	-152.973

Tabella 20 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Sicilia

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	1.104	5,4	4.076	5,6	-8.916
Valle d'Aosta	23	0,1	44	0,1	-64
Lombardia	2.329	11,4	22.411	31,0	-60.248
Bolzano	26	0,1	138	0,2	-336
Trento	55	0,3	322	0,4	-801
Veneto	534	2,6	8.182	11,3	-22.945
Friuli Venezia Giulia	180	0,9	1.194	1,7	-3.042
Liguria	368	1,8	4.367	6,0	-11.996
Emilia Romagna	692	3,4	7.971	11,0	-21.836
Toscana	564	2,8	6.675	9,2	-18.334
Umbria	83	0,4	614	0,8	-1.594
Marche	147	0,7	727	1,0	-1.738
Lazio	1.203	5,9	8.509	11,8	-21.920
Abruzzo	110	0,5	431	0,6	-962
Molise	27	0,1	80	0,1	-161
Campania	671	3,3	1.259	1,7	-1.763
Puglia	465	2,3	1.445	2,0	-2.940
Basilicata	129	0,6	128	0,2	4
Calabria	7.756	37,9	3.457	4,8	12.896
Sardegna	186	0,9	327	0,5	-421
Stranieri	3.802	18,6			11.405
In Complesso	20.454	100,0	72.358	100,0	-155.712

Tabella 21 - Mobilità attiva e passiva nel triennio 2000-2002 - Sardegna

Regioni	Mobilità Attiva		Mobilità Passiva		Saldo Migratorio del triennio
	Media triennio	%	Media Triennio	%	
Piemonte	587	10,1	975	6,4	-1.166
Valle d'Aosta	21	0,4	32	0,2	-32
Lombardia	1.130	19,5	3.850	25,2	-8.162
Bolzano	27	0,5	59	0,4	-98
Trento	41	0,7	116	0,8	-225
Veneto	261	4,5	914	6,0	-1.960
Friuli Venezia Giulia	65	1,1	160	1,1	-287
Liguria	253	4,4	1.615	10,6	-4.087
Emilia Romagna	335	5,8	1.698	11,1	-4.088
Toscana	354	6,1	1.417	9,3	-3.191
Umbria	57	1,0	153	1,0	-289
Marche	54	0,9	144	0,9	-272
Lazio	880	15,2	3.350	21,9	-7.409
Abruzzo	44	0,8	119	0,8	-225
Molise	8	0,1	14	0,1	-18
Campania	241	4,1	240	1,6	3
Puglia	100	1,7	150	1,0	-149
Basilicata	17	0,3	12	0,1	16
Calabria	51	0,9	57	0,4	-20
Sicilia	327	5,6	186	1,2	421
Stranieri	950	16,4			2.851
In Complesso	5.800	100,0	15.262	100,0	-28.387

Tabella 22 - Incidenza percentuale della mobilità di confine sul totale - Anno 2002

Regioni	Mobilità Attiva	Mobilità Passiva
Piemonte	54,80	84,40
Valle d'Aosta	55,30	63,60
Lombardia	37,90	65,80
Bolzano	47,00	76,40
Trento	67,10	88,10
Veneto	55,40	85,40
Friuli Venezia Giulia	62,30	66,10
Liguria	41,90	64,80
Emilia Romagna	48,00	84,50
Toscana	39,40	62,60
Umbria	70,80	72,30
Marche	67,30	79,80
Lazio	52,50	71,40
Abruzzo	70,40	66,20
Molise	92,80	80,10
Campania	44,80	51,90
Puglia	55,80	15,30
Basilicata	87,90	64,00
Calabria	34,80	21,00
Sicilia	45,60	4,90
Sardegna	.	.

Tabella 23 - Distribuzione dei ricoveri in mobilità passiva secondo i principali ospedali di destinazione. Medie del triennio 2000-2002

Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Piemonte	1 Ospedale Policlinico S. Matteo - Pavia - Lombardia	4.098	6,20
	2 A.O. Ospedale S. Martino e cl.iniv.conv. - Liguria	2.648	4,01
	3 Ist. G. Gaslini - Liguria	2.307	3,49
	4 Ospedale Civile Voghera - Lombardia	2.288	3,46
	5 AO Santa Corona - Liguria	1.965	2,98
	6 Istituto Clinico "Humanitas" - Rozzano - Lombardia	1.898	2,87
	7 A.O. Ospedale Civile Legnano - Lombardia	1.379	2,09
	8 IRCCS S. Raffaele Milano - Lombardia	1.358	2,06
	9 Ospedale S. Paolo - Liguria	1.255	1,90
	10 IRCCS S. Fondazione Maugeri Milano - Lombardia	1.225	1,86
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	20.420	30,91
	Totale mobilità passiva (media del triennio)	66.056	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Valle D'Aosta	1 Ospedali Riuniti del Canavese - Piemonte	660	12,77
	2 AO O.I.R.M.S.-Sant'Anna - Piemonte	424	8,21
	3 AO San Giovanni Battista di Torino - Piemonte	332	6,43
	4 Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino - Piemonte	172	3,34
	5 C.T.O. - C.FR. Maria Adelaide - Piemonte	163	3,16
	6 Osp degli Infermi di Biella - Piemonte	136	2,64
	7 Ist. Policlinico S. Donato SPA - S Donato M. - Lombardia	96	1,85
	8 Casa di cura Koelliker Ospedalino - Piemonte	91	1,77
	9 AO Ospedali Riuniti Bergamo - Lombardia	89	1,72
	10 Ist. G. Gaslini - Liguria	81	1,57
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	2.244	43,44
	Totale mobilità passiva (media del triennio)	5.166	100,00

segue a pag. 80

segue da pag. 79

**Tabella 23 - Distribuzione dei ricoveri in mobilità passiva
secondo i principali ospedali di destinazione. Medie del triennio 2000-2002**

Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Lombardia	1 A.O. di Verona - Veneto	4.253	5,35
	2 Casa di cura Pederzoli S.P.A. - Veneto	3.306	4,16
	3 Centro Auxologico Italiano - Piemonte	2.734	3,44
	4 A.O. di Parma - Emilia Romagna	2.368	2,98
	5 Piacenza - Emilia Romagna	1.686	2,12
	6 A.O. S. Corona - Liguria	1.591	2,00
	7 Val Tidone - Emilia Romagna	1.568	1,97
	8 Ospedale Maggiore della Carità - Piemonte	1.526	1,92
	9 Quadrifoglio - Emilia Romagna	1.454	1,83
	10 Casa di cura l'eremo di Miazina - Piemonte	1.332	1,68
Mobilità passiva (Prime 10 strutture)		21.818	27,46
Totale mobilità passiva (media del triennio)		79.444	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
P.A. Bolzano	1 Ospedale di Trento - P.A. Trento	669	13,79
	2 A.O. di Verona - Veneto	529	10,90
	3 A.O. di Padova - Veneto	330	6,80
	4 Casa di Cura Villa Bianca - P.A. Trento	170	3,51
	5 Ospedale di Fiemme - P.A. Trento	144	2,98
	6 Ospedale di Rovereto - P.A. Trento	116	2,40
	7 Villa Chiara - Emilia Romagna	110	2,27
	8 Ospedale S. Camillo - P.A. Trento	92	1,90
	9 Ospedale di Cles - P.A. Trento	91	1,88
	10 Ospedale di Malcesine - Veneto	88	1,81
Mobilità passiva (Prime 10 strutture)		2.340	48,23
Totale mobilità passiva (media del triennio)		4.851	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
P.A. Trento	1 Ospedale Generale Regionale Bolzano - P.A. Bolzano	1.796	11,95
	2 A.O. di Verona - Veneto	1.740	11,58
	3 Ospedale di Malcesine - Veneto	1.322	8,80
	4 Ospedale Feltre - Veneto	1.136	7,56
	5 A.O. di Padova - Veneto	624	4,15
	6 Ospedale Sacro Cuore - Veneto	510	3,40
	7 Ospedale di Bressanone - P.A. Bolzano	416	2,77
	8 Casa di Cura Pederzoli S.P.A. - Veneto	376	2,50
	9 Ospedale zonale di Brunico - P.A. Bolzano	307	2,04
	10 AO Spedali Civili Brescia - Lombardia	255	1,70
Mobilità passiva (Prime 10 strutture)		8.483	56,44
Totale mobilità passiva (media del triennio)		15.030	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Veneto	1 Arcispedale S. Anna - Fe - Emilia Romagna	2.834	6,69
	2 A.O. S. Maria degli Angeli - Friuli Venezia Giulia	2.734	6,45
	3 Centro Riferimento Oncologico - Friuli Venezia Giulia	2.605	6,15
	4 Ospedale Civile di Latisana - Friuli Venezia Giulia	1.795	4,24
	5 Casa di Cura privata S. Giorgio S.P.A. - Friuli Venezia Giulia	1.325	3,13
	6 Casa di Cura Eremo - P.A. Trento	996	2,35
	7 A.O. S.M. Misericordia - Friuli Venezia Giulia	876	2,07
	8 Ospedale S. Maria dei Battuti - Friuli Venezia Giulia	863	2,04
	9 AO Istituti Ospitalieri C. Poma Mantova - Lombardia	850	2,01
	10 I.R.C. C.S. Burlo Garofalo - Friuli Venezia Giulia	826	1,95
Mobilità passiva (Prime 10 strutture)		15.703	37,06
Totale mobilità passiva (media del triennio)		42.369	100,00

Tabella 23 - Distribuzione dei ricoveri in mobilità passiva secondo i principali ospedali di destinazione. Medie del triennio 2000-2002

Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Friuli Venezia Giulia	1 C.C. Giovanni XXIII - Veneto	2.108	13,85
	2 P.O. Portogruaro - Veneto	1.831	12,04
	3 A.O. di Padova - Veneto	1.170	7,69
	4 P.O. di Treviso - Veneto	454	2,99
	5 P.O. di Vittorio Veneto - Veneto	454	2,98
	6 P.O. S.Donà - Veneto	382	2,51
	7 A.O. Verona - Veneto	339	2,23
	8 P.O. Conegliano - Veneto	307	2,02
	9 P.O. Motta - Veneto	284	1,87
	10 Ospedale di Belluno - Veneto	284	1,87
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	7.613	50,04
	Totale mobilità passiva (media del triennio)	15.214	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Liguria	1 P.O. di Massa e Carrara - Toscana	3.252	8,28
	2 Ospedali Riuniti ASL 22 - Piemonte	2.486	6,33
	3 A.O. Pisana - Toscana	2.317	5,90
	4 Casa di Cura S.Camillo - Toscana	1.526	3,89
	5 Presidio ASL 16 - Piemonte	1.519	3,87
	6 Nuova Casa di Cura Città di Alessandria - Piemonte	892	2,27
	7 P.O. della Lunigiana - Toscana	892	2,27
	8 Casa di Cura Salus s.r.l. - Piemonte	791	2,01
	9 A.O. S.Croce e Carle - Piemonte	747	1,90
	10 Istituto Ortopedico Galeazzi spa - Lombardia	727	1,85
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	15.150	38,59
	Totale mobilità passiva (media del triennio)	39.260	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Emilia Romagna	1 AO Istituti Ospitalieri di Cremona - Lombardia	1.900	3,88
	2 AO Istituti Ospitalieri di Cremona (Osp Oglio PO) - Lombardia	1.622	3,31
	3 Ospedale Policlinico S.Matteo - Pavia - Lombardia	1.418	2,90
	4 A.O. di Verona - Veneto	1.067	2,18
	5 Ospedale Civile di Adria - Veneto	1.049	2,14
	6 A.O. di Padova - Veneto	937	1,91
	7 Ospedale di Rovigo - Veneto	870	1,78
	8 Istituto Nazionale per cura tumori - Milano - Lombardia	854	1,74
	9 A.O.S.Salvatore - Marche	806	1,65
	10 C.C.Privata S.M.Maddalena - Veneto	789	1,61
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	11.313	23,10
	Totale mobilità passiva (media del triennio)	48.970	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Toscana	1 P.O. La Spezia - Liguria	1.733	4,54
	2 Ist. G.Gaslini - Liguria	1.658	4,34
	3 A.O. di Perugia - Umbria	1.430	3,75
	4 P.O. S.Bartolomeo - Liguria	985	2,58
	5 P.O. USL 2 - Umbria	948	2,48
	6 Casa di Cura Liotti spa - Umbria	894	2,34
	7 S.Orsola - Malpighi - BO - Emilia Romagna	891	2,33
	8 P.O. C.Castello - Umbria	882	2,31
	9 II.OO.Rizzoli - BO - Emilia Romagna	772	2,02
	10 A.O. PARMA - Emilia Romagna	688	1,80
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	10.881	28,49
	Totale mobilità passiva (media del triennio)	38.186	100,00

segue a pag. 82

segue da pag. 81

Tabella 23 - Distribuzione dei ricoveri in mobilità passiva secondo i principali ospedali di destinazione. Medie del triennio 2000-2002

Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Umbria	1 Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Lazio	1.226	6,82
	2 Ospedale della Valtiberina - Toscana	944	5,25
	3 Spedali Riuniti - Toscana	807	4,49
	4 Policlinico Agostino Gemelli - Lazio	765	4,26
	5 Casa di Cura Poggio del Sole srl - Toscana	656	3,65
	6 A.O.Careggi - Toscana	612	3,41
	7 Villa Tiberia srl - Lazio	577	3,21
	8 I.D.I. - Lazio	354	1,97
	9 Ospedale Area Aretina Nord - Toscana	334	1,86
	10 Azienda Policlinico Umberto I - Lazio	321	1,78
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	6.596	36,70
Totale mobilità passiva (media del triennio)		17.972	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Marche	1 Cattolica - Emilia Romagna	3.218	9,99
	2 S.Orsola - Malpighi - BO - Emilia Romagna	1.686	5,23
	3 A.O. di Perugia - Umbria	1.496	4,64
	4 P.O. Rimini - Santarcangelo - Emilia Romagna	1.450	4,50
	5 Villa Maria Cecilia - Emilia Romagna	963	2,99
	6 Cesena - Emilia Romagna	917	2,85
	7 Ospedale Mazzini - Abruzzo	867	2,69
	8 Villa Maria - RN - Emilia Romagna	627	1,95
	9 Il.OO.Rizzoli - BO - Emilia Romagna	564	1,75
	10 Villa Tiberia srl - Lazio	515	1,60
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	12.305	38,19
Totale mobilità passiva (media del triennio)		32.222	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Lazio	1 AO S. Maria Terni - Umbria	5.776	7,98
	2 Casa di cura privata Villa Letizia - Abruzzo	4.133	5,71
	3 Osp civile S Salvatore - Abruzzo	3.300	4,56
	4 PO S Nicola e Filippo Avezzano - Abruzzo	2.344	3,24
	5 Osp S.Maria della Stella - Umbria	2.210	3,05
	6 Spedali Riuniti - Toscana	1.909	2,64
	7 "Ini Canistro" srl - Canistro - (AQ) - Abruzzo	1.757	2,43
	8 AO Perugia - Umbria	1.472	2,03
	9 PO Narni Amelia - Umbria	1.391	1,92
	10 IST Neuromed srl - Molise	1.274	1,76
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	25.564	35,32
Totale mobilità passiva (media del triennio)		72.383	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Abruzzo	1 Ospedale Prov.le "Madonna del Soccorso" - Marche	1.799	5,31
	2 Policlinico Agostino Gemelli - Lazio	1.754	5,18
	3 Ospedale Generale Prov.le "C.G.Mazzoni" - Marche	1.669	4,93
	4 Ospedale pediatrico Bambino Gesù - Lazio	1.629	4,81
	5 A.O.Torrette - Umberto I - Marche	1.280	3,78
	6 C.D.C."Villa Anna" srl - Marche	1.225	3,62
	7 A.O. G. Salesi - Marche	987	2,92
	8 Casa di Cura "Stella Maris" srl - Marche	961	2,84
	9 Azienda Policlinico Umberto I - Lazio	920	2,72
	10 Ospedale Civile AUSL N 1 Alto Molise - Molise	834	2,46
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	13.060	38,56
Totale mobilità passiva (media del triennio)		33.865	100,00

Tabella 23 - Distribuzione dei ricoveri in mobilità passiva secondo i principali ospedali di destinazione. Medie del triennio 2000-2002

Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Molise	1 Casa Sollievo della Sofferenza - Puglia	1.656	9,81
	2 Ospedale Civile Vasto - Abruzzo	1.424	8,43
	3 Ospedali Riuniti SS. Annunziata - Abruzzo	1.054	6,25
	4 P.O. Castel di Sangro - Abruzzo	977	5,79
	5 Policlinico Agostino Gemelli - Lazio	862	5,11
	6 Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Lazio	822	4,87
	7 Ospedale Civile dello Spirito Santo - Abruzzo	659	3,90
	8 Azienda Policlinico Umberto I - Lazio	358	2,12
	9 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo - Abruzzo	297	1,76
	10 Casa di Cura Privata "Pierangeli srl" - Abruzzo	276	1,63
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	8.386	49,67
Totale mobilità passiva (media del triennio)		16.882	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Campania	1 Casa Sollievo della Sofferenza - Puglia	5.169	5,39
	2 Policlinico Agostino Gemelli - Lazio	4.084	4,26
	3 Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Lazio	4.014	4,18
	4 Azienda Ospedaliera Pisana - Toscana	2.683	2,80
	5 Presidio Ospedaliero Sud - Lazio	2.544	2,65
	6 Azienda Ospedaliera Careggi - Toscana	2.408	2,51
	7 Ospedale Civile SS. Rosario - Molise	2.335	2,43
	8 A.O. S. Carlo - Basilicata	2.006	2,09
	9 Azienda Policlinico Umberto I - Lazio	1.647	1,72
	10 Ist. G. Gaslini - Liguria	1.504	1,57
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	28.395	29,60
Totale mobilità passiva (media del triennio)		95.940	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Puglia	1 Ospedale Civile S. Timoteo - Molise	2.099	3,41
	2 P.O. Matera - Basilicata	1.868	3,03
	3 Policlinico Agostino Gemelli - Lazio	1.814	2,94
	4 S. Orsola - Malpighi - BO - Emilia Romagna	1.698	2,75
	5 Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Lazio	1.451	2,35
	6 Ist. G. Gaslini - Liguria	1.306	2,12
	7 Il. O.O. Rizzoli - BO - Emilia Romagna	1.152	1,87
	8 A.O. di Padova - Veneto	1.114	1,81
	9 A.O. Pisana - Toscana	1.093	1,77
	10 IRCCS S. Raffaele - Milano	1.081	1,75
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	14.677	23,81
Totale mobilità passiva (media del triennio)		61.644	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Basilicata	1 Azienda Ospedale Policlinico - Puglia	2.388	7,33
	2 Casa Sollievo della Sofferenza - Puglia	2.374	7,29
	3 Ospedale "S.M. La Civita" - Puglia	1.549	4,76
	4 Ospedale Miulli - Puglia	1.540	4,73
	5 P.O. dell'Immacolata - Campania	1.034	3,18
	6 P.O. di Polla - S. Arsenio - Campania	909	2,79
	7 Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Lazio	750	2,30
	8 A.O. "Di Venere - Giovanni XXIII" - Puglia	734	2,25
	9 Policlinico Agostino Gemelli - Lazio	658	2,02
	10 Santa Maria spa - Puglia	607	1,86
	Mobilità passiva (Prime 10 strutture)	12.542	38,50
Totale mobilità passiva (media del triennio)		32.573	100,00

segue a pag. 84

segue da pag. 83

**Tabella 23 - Distribuzione dei ricoveri in mobilità passiva
secondo i principali ospedali di destinazione. Medie del triennio 2000-2002**

Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Calabria	1 A.O.Universitaria di Messina - Sicilia	4.264	6,45
	2 Policlinico Agostino Gemelli - Lazio	2.599	3,93
	3 Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Lazio	1.839	2,78
	4 S.Orsola -Malpighi - BO - Emilia Romagna	1.511	2,29
	5 A.O.Pisana - Toscana	1.379	2,09
	6 IRCCS S.Raffaele - Milano - Lombardia	1.329	2,01
	7 Azienda Policlinico Umberto I - Lazio	1.321	2,00
	8 Ist.G.Gaslini - Liguria	1.191	1,80
	9 A.O. Careggi - Toscana	1.065	1,61
	10 Ospedali Unificati del Lagonegrese - Basilicata	1.040	1,57
Mobilità passiva (Prime 10 strutture)		17.538	26,53
Totale mobilità passiva (media del triennio)		66.106	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Sicilia	1 Ist.G.Gaslini - Liguria	2.663	3,68
	2 IRCCS S.Raffaele - Milano - Lombardia	1.801	2,49
	3 A.O. di Padova - Veneto	1.773	2,45
	4 Policlinico Agostino Gemelli - Lazio	1.595	2,20
	5 A.O. di Verona - Veneto	1.582	2,19
	6 A.O.Pisana - Toscana	1.580	2,18
	7 Ospedale Policlinico S.Matteo - Pavia - Lombardia	1.528	2,11
	8 Istituto Nazionale per cura Tumori - Milano - Lombardia	1.382	1,91
	9 II.OO.Rizzoli - BO - Emilia Romagna	1.191	1,65
	10 Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Lazio	1.060	1,46
Mobilità passiva (Prime 10 strutture)		16.155	22,33
Totale mobilità passiva (media del triennio)		72.358	100,00
Regione	Denominazione Struttura	Media del triennio	Incidenza %
Sardegna	1 Ist.G.Gaslini - Liguria	780	5,11
	2 Villa Tiberia srl - Lazio	666	4,36
	3 Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Lazio	466	3,05
	4 Policlinico Agostino Gemelli - Lazio	458	3,00
	5 A.O.Pisana - Toscana	404	2,65
	6 IRCCS S.Raffaele - Milano - Lombardia	390	2,56
	7 A.O. Ospedale S.Martino e Cl.Iniv.Conv. - Liguria	353	2,31
	8 Istituto Europeo di Oncologia - Milano - Lombardia	314	2,06
	9 A.O. di Verona - Veneto	303	1,99
	10 A.O. Careggi - Toscana	251	1,65
Mobilità passiva (Prime 10 strutture)		4.386	28,74
Totale mobilità passiva (media del triennio)		15.262	100,00

Tabella 24 - Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con il più alto numero di ricoveri in mobilità attiva - Anno 2002

Denominazione struttura	Ricoveri in mob. attiva
Ospedale Pediatrico Bambin Gesù - Roma	16.443
Istituto G.Gaslini - Genova	14.583
Casa Sollievo della Sofferenza - San Giovanni Rotondo (FG)	12.753
Ospedale S.Matteo - Pavia	12.543
S. Raffaele - Milano	12.049
Il. OO Rizzoli - Bologna	9.790
Istituto nazionale per la cura tumori - Milano	8.594
Istituto Europeo Oncologia - Milano	8.020
I.D.I. - Roma	5.004
Centro Auxologico Italiano - Oggebbio (VB)	4.644
Ospedale Maggiore - Milano	3.830
Istituto Neurologico C. Besta - Milano	3.690
Centro riferimento Oncologico - Aviano (PN)	3.561
Fond. Maugeri - Pavia	3.423
Ist. Neuromed - Venafrò (IS)	3.059

Tabella 25 - Aziende ospedaliere con il più alto numero di ricoveri in mobilità attiva Anno 2002

Denominazione struttura	Ricoveri in mob. attiva
A.O. Pisana	15.599
A.O. Verona	13.670
A.O. S. Orsola Malpighi - Bologna	12.787
A.O. Padova	11.728
A.O. Spedali Riuniti - Siena	8.898
A.O. Careggi - Firenze	8.508
A.O. Spedali Civili di Brescia	7.757
A.O. S. Perugia	7.713
A.O. S. Martino e cli.iniv conv - Genova	7.241
A.O. S. Maria Terni	7.063
A.O. Parma	6.990
A.O.Niguarda Ca' Granda - Milano	6.798
A.O. S. Camillo Forlanini - Roma	6.072
A.O.I.C.P.-Milano	5.873
O.I.R.M.S.- S.Anna - Torino	5.741

Tabella 26 - Policlinici universitari e Ospedali Classificati con il più alto numero di ricoveri in mobilità attiva - Anno 2002

Tipo ist	Denominazione struttura	Ricoveri in mob. attiva
PL	Policlinico Agostino Gemelli - Roma	16.415
PL	A.Universitaria - Messina	10.420
PL	Policlinico Umberto I - Roma	8.757
PL	Univ. Studi Federico secondo - Napoli	3.111
CL	Ospedale Sacro Cuore - Negrar (VR)	2.963
CL	E.O. Ospedali Galliera - Genova	2.789
CL	Ospedale Miulli - Acquaviva delle Fonti - (BA)	2.087
CL	Osp. San Pietro Fatebenefratelli - Roma	1.910
PL	Policlinico Universitario Campus Bio Medico -Roma	1.787
CL	Ospedale Mauriziano Umberto I - Torino	1.311
CL	Osp. San Carlo di Nancy - Roma	1.215
PL	Azienda Universitaria Policlinico - Napoli	1.142
CL	Fatebenefratelli - Roma	1.088
PL	Policlinico Universitario - Udine	1.058
CL	Ospedale S. Giuseppe F.B.F. - Milano	1.040

PL= Policlinico
CL = Ospedale Classificato

Tabella 27 - Presidi ospedalieri con il più alto numero di ricoveri in mobilità attiva Anno 2002

Denominazione struttura	Ricoveri in mob. attiva
Presidio Ospedaliero Bellaria Maggiore - Bologna	5.627
Presidio Ospedaliero San Salvatore - L. 'Aquila	5.119
Presidio Ospedaliero di Massa Carrara	4.828
Presidio Ospedaliero Santarcangelo - Rimini	4.074
Ospedale Generale Regionale - Bolzano	4.007
Ospedali Riuniti SS Annunziata - Chieti	3.967
Presidio Ospedaliero Cattolica - Rimini	3.850
Presidio Ospedaliero San Paolo - Savona	3.207
Presidio Ospedaliero - Cesena	3.190
Ospedale di Vicenza	3.165
Presidio Ospedaliero Misericordia - Prato	3.122
Presidio Ospedaliero Provinciale S. Agostino - Modena	3.101
Presidio Ospedaliero S. Timoteo Termoli - Campobasso	2.955
Ospedale di Trento	2.895
Presidio Ospedaliero La Spezia	2.811

Sistema Nazionale Linee Guida

Con Decreto del 30 giugno 2004 del Ministro della Salute è stato attivato, in via sperimentale, il Sistema Nazionale Linee Guida di cui fanno parte le competenti Direzioni generali del ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, l'Agenzia Italiana del Farmaco e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, con la collaborazione delle Regioni.

Nella definizione di linee guida e di percorsi diagnostico-terapeutici, nel rispetto del principio di appropriatezza, dovranno essere privilegiate le aree e le tematiche associate a: 1) variabilità nella pratica clinica; 2) liste d'attesa; 3) incidenti critici ed errori; 4) aree e patologie ad elevata complessità, elevata incidenza e con effetti rilevanti sull'organizzazione dei servizi, anche con riferimento all'indicazione diagnostico-terapeutica (area dell'emergenza, area materno-infantile; ictus, traumi cranici, Stroke units e neuro-radiologia interventista versus neurochirurgia; ischemia miocardica ed emodinamica interventista versus cardiocirurgia); 5) spesa sanitaria significativa; 6) obiettivi individuati dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

Il processo di adozione delle linee guida dovrà prevedere che idonee modalità di implementazione vengano definite, applicate e misurate, che le attività siano condotte secondo un rapporto di stretta collaborazione tra le componenti coinvolte, e che il sistema operi di concerto con le Regioni. Al fine di promuovere le linee guida come strumento effettivo del Governo Clinico e dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, è necessario che lo sviluppo e la produzione delle linee guida siano coerenti rispetto ai vigenti Livelli Essenziali di Assistenza. Tale coerenza va verificata attraverso una specifica valutazione di impatto sui Livelli Essenziali di Assistenza. Il Sistema Nazionale Linee Guida è articolato in:

- Comitato Strategico, presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema del ministero della Salute;
- Comitato Organizzativo, che opera presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali;
- Gruppi di lavoro nazionali, di norma costituiti presso il Ministero della Salute, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e l'Istituto Superiore di Sanità, ma che possono venire attivati presso Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Regioni e altri enti pubblici.

Compiti del Comitato Strategico sono:

- promuovere l'elaborazione delle linee guida;
- individuare le aree tematiche di maggior interesse, anche in merito alla sicurezza, all'ottimizzazione delle cure e alla loro appropriatezza, sulla base delle indicazioni programmatiche;

- scegliere i temi e precisare gli obiettivi, anche sulla base delle attese degli operatori e delle richieste degli stakeholders;
- definire i tempi di elaborazione;
- individuare le modalità di diffusione e implementazione;
- verificare le modalità di finanziamento;
- promuovere le attività di comunicazione;
- promuovere le modalità di certificazione delle linee guida e identificarne i criteri;
- promuovere modalità di certificazione di strutture sanitarie o di professionisti che utilizzino le linee guida nella pratica clinica;
- elaborare una proposta da sottoporre alla Conferenza Stato-Regioni per la stipula di un Accordo in cui vengano individuate metodologie condivise per lo sviluppo e l'implementazione delle linee guida, in coerenza con i vigenti livelli essenziali di assistenza;
- promuovere l'attivazione di un portale di aggiornamento professionale dedicato specificamente alle linee guida, che possa consentire l'acquisizione di crediti ECM.

Compiti del Comitato Organizzativo sono:

- supportare il Comitato strategico nell'individuazione degli obiettivi;
- operare una ricognizione delle attività in corso;
- definire gli obiettivi specifici;
- definire le modalità operative, elaborando un programma di fattibilità che includa: gli obiettivi concreti da realizzare; le azioni da com-

piere; l'individuazione dei componenti del gruppo di lavoro da attivare per l'elaborazione delle linee guida; la tempistica delle fasi;

- recepire le linee guida formulate dai Gruppi di Lavoro e valutarne l'impatto;
- commentare criticamente le linee guida e inoltrarle al Comitato Strategico del Sistema Nazionale Linee Guida;
- attivare modalità di implementazione e di comunicazione;
- informare il Comitato Strategico del Sistema Nazionale Linee Guida con cadenza semestrale sull'andamento delle attività;
- valutare in base ai criteri stabiliti dal Comitato strategico le linee guida prodotte da Società Scientifiche o altri Enti e proporre al Comitato strategico l'assegnazione delle certificazioni sia per le linee guida sia per le strutture e gli operatori che le adottano;
- attivare un portale di aggiornamento professionale dedicato alle linee guida che possa consentire la formazione a distanza.

I Gruppi di lavoro nazionali, composti da esperti nei vari settori, con particolare riferimento ai rappresentanti delle Società Scientifiche di settore, dovranno: elaborare, sulla base della letteratura scientifica di settore e sull'esperienza le linee guida; sottoporre i documenti elaborati ai principali soggetti interessati (medici, altre professioni, manager sanitari, esperti regionali, associazioni di pazienti); recepire le osservazioni raccolte; elaborare i documenti finali di linee guida e inoltrarli al Comitato Organizzativo.

N.B. Il testo del Decreto del Ministro 30/6/2004 è riportato integralmente sul sito web dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali www.assr.it

L'Agenzia oggi | Presidente_Franco Toniolo; Direttore_Laura Pellegrini

Consiglio di amministrazione_Silvio Natoli, Filippo Palumbo, Michelangelo Scopelliti, Aldo Vecchione

Collegio dei revisori dei conti_Emanuele Carabotta (Presidente), Renato Balduzzi, Antonio Mastrapasqua

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 **monitor**