

## Editoriale

**Formazione continua ma soprattutto pratica** **pagina 2**  
di *Laura Pellegrini e Franco Toniolo*

## Focus on | Formazione: facciamo il punto

**La formazione come strumento di programmazione e controllo  
dei sistemi regionali** **pagina 9**  
di *Giovanni Bissoni*

**Il programma ECM: risultati raggiunti e risultati attesi** **pagina 17**  
di *Maria Linetti*

**Strumenti innovativi della formazione in sanità** **pagina 24**  
di *Marco Bonamico*

**La formazione manageriale quale strumento  
per promuovere risultati di qualità e costo** **pagina 32**  
di *Franco Cuccurullo*

**La formazione universitaria nell'area medico-sanitaria:  
un modello competitivo verso l'Europa** **pagina 38**  
di *Luigi Frati e Eugenio Gaudio*

**La formazione come strumento di miglioramento continuo** **pagina 52**  
di *Giovanna Baraldi*

## Assr on line

**DRG ad alto rischio di inappropriately - Anno 2003** **pagina 62**

**Mobilità ospedaliera - Anno 2003** **pagina 76**



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

Bimestrale dell'Agenzia  
per i servizi sanitari regionali

Anno IV Numero 14 2005

**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

**Progetto grafico, editing  
e impaginazione**

**IEP**

ITALPROMO ESIS PUBLISHING  
Via V. Carpaccio, 18  
00147 Roma  
Tel. 06.646503

**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 2005



## Formazione continua ma soprattutto pratica

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

Risale alla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (L. n. 833/1978) e al decreto delegato sull'ordinamento del personale (DLgs n. 761/1979) la prima previsione, sul piano normativo, di un sistema avanzato di formazione continua per gli operatori della sanità, basato sul principio della obbligatorietà per tutti (compreso il personale amministrativo), sull'attenzione agli aspetti della formazione pratica accanto a quelli dell'aggiornamento scientifico, sul collegamento delle attività formative con la finalità precipua del miglioramento della qualità dell'assistenza, sulla programmazione annuale delle attività formative da parte delle Regioni, sulla previsione di misure sanzionatorie (riduzione del punteggio di anzianità ai fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti) nei casi di mancata partecipazione ai programmi di formazione senza giustificato motivo.

Le norme sulla formazione contenute nella legge di riforma sanitaria e nel decreto delegato sull'ordinamento del personale, al pari di molte altre forse troppo in anticipo sui tempi, sono rimaste largamente inattuata nel corso degli anni: le attività formative, infatti, hanno continuato a realizzarsi, in genere, secondo le tradizionali modalità basate sull'iniziativa dei singoli, per ambiti di interesse professionale, al di fuori di un disegno generale di carattere nazionale o regionale.

I rilevanti cambiamenti intervenuti nel Servizio sanitario na-

zionale, per effetto del progresso scientifico e dello sviluppo tecnologico, hanno imposto, con il tempo, una maggiore attenzione sia al tema della qualità dei servizi che a quello, strettamente connesso, della preparazione professionale di tutti gli operatori.

In tale mutata situazione è risultato sempre più chiaro che la formazione non può continuare ad essere episodica e discontinua, ma deve diventare uno strumento di carattere ordinario del processo di organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Tale esigenza si è tradotta nella aggiornata disciplina sulla formazione contenuta nel decreto legislativo n. 229 del 1999 (riforma ter). Riprendendo la distinzione tra aggiornamento professionale e formazione permanente, già delineata nella legge n. 833, il predetto decreto chiarisce, preliminarmente, che la prima riguarda l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale ed è diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze di tipo teorico, mentre la seconda comprende le attività formative finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari in rapporto al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire *efficiacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza*.

La formazione teorica (che attiene al sapere) e la formazione professionalizzante (mirata al sa-

per fare) sono ugualmente importanti al fine di garantire un buon livello di qualità dell'assistenza sanitaria, obiettivo ultimo del complesso delle attività formative, che vanno sotto il nome di formazione continua.

Molto significativa è la specificazione delle modalità attraverso le quali si realizza la formazione continua: a) partecipazione a corsi, convegni, seminari organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate nonché a soggiorni di studio; b) partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo; c) formazione sviluppata secondo percorsi formativi autogestiti; d) formazione rientrante nei programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale.

Infine, decisamente innovativa è l'attribuzione ad una Commissione nazionale per la formazione continua di alcuni compiti di carattere strategico indispensabili per dare impulso alle attività formative, riconducendole ad indirizzi e criteri univoci in ambito nazionale: a) individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici; b) definizione dei crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo; c) definizione degli indirizzi per l'organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale; d) defini-

zione dei criteri e degli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative; e) definizione dei requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e verifica della relativa sussistenza.

La complessa attività svolta dalla Commissione nazionale per la formazione continua, in questi anni, è servita a porre le basi metodologiche per lo sviluppo di un sistema che, in prospettiva, sia in grado di corrispondere agli ambiziosi obiettivi delineati dalla nuova normativa.

Inevitabilmente, questo insieme di disposizioni così dettagliate, che attribuiscono alla Commissione nazionale operante presso il Ministero della Salute un ruolo incisivo di indirizzo e regolamentazione per le attività formative del Servizio sanitario nazionale, ha fatto sorgere la questione della compatibilità con le regole costituzionali sulla ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria.

La questione è stata affrontata dalla Conferenza Stato-Regioni che, con un Accordo in data 20 dicembre 2001, dopo aver dato atto che le attività di formazione appartengono all'ambito della competenza legislativa concorrente, essendo parte intrinseca della materia *tutela della salute*, ha formulato alcuni orientamenti e criteri operativi volti a coordinare l'esercizio delle rispettive competenze tra Stato e Regioni in questa fase transitoria, *“in attesa che, in sede di adeguamento delle norme attualmente previste dal decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, siano fissati i principi fondamentali in materia”*.

Sicuramente, a seguito di quell'accordo, si è innescato un processo di proficua interazione, consentendo il concreto avvio delle attività formative che si vanno ora realizzando per inizia-

tiva sia della Commissione nazionale che delle singole Regioni, secondo criteri e metodologie omogenee.

Tra i risultati tangibili conseguiti, attraverso l'attività della Commissione, sono da annoverare la graduale introduzione del sistema degli accreditamenti per gli eventi formativi residenziali, la determinazione del numero dei crediti formativi da acquisire da parte degli operatori sanitari (gradualmente crescenti nel corso degli anni), la sperimentazione di un percorso di accreditamento dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative sia per gli eventi residenziali che per la formazione a distanza.

Le modalità di formazione continua degli operatori sanitari (Continuing Medical Education-CME, nel lessico internazionale) non sono affatto omogenee nei vari paesi del mondo.

La diversità riguarda le scelte tra obbligatorietà e volontarietà, i sistemi di misurazione delle attività formative, gli effetti della mancata partecipazione agli eventi formativi, i criteri di svolgimento della formazione, le modalità di finanziamento e altro.

Naturalmente la scelta dell'obbligatorietà scontra, nel nostro Paese, con il problema del finanziamento, la cui misura, tuttavia, non è più così incerta e indeterminata come nel passato anche se, sicuramente, largamente insufficiente rispetto alle necessità.

I contratti collettivi di lavoro del Comparto del Servizio sanitario nazionale e dell'Area della dirigenza medico-veterinaria, ai quali è demandata la definizione di importanti elementi di indirizzo, mentre esplicitamente confermano il carattere fondamentale della formazione continua, evidenziano la necessità che le linee generali dei programmi annuali e pluriennali definiti a livello nazionale e regionale e i progetti

formativi concretamente individuati a livello aziendale, nell'ambito della contrattazione integrativa, tengano conto, in particolare, del ruolo della formazione *sul campo*, nonché delle ricadute della formazione sull'organizzazione del lavoro. Ciò soprattutto *“al fine di ottimizzare le risorse disponibili per il più ampio possibile coinvolgimento dei destinatari”*.

Anche la penuria dei finanziamenti obbliga, insomma, a privilegiare la formazione sul campo, finora poco praticata e soprattutto non approfondita nelle sue potenzialità, né disciplinata nei percorsi metodologici, da parte della Commissione nazionale, la cui attività si è, in questa fase, concentrata sulla sola formazione residenziale e sulla formazione a distanza.

Sulle potenzialità della formazione sul campo si sofferma, nel primo degli articoli di approfondimento sul tema della formazione, contenuti in questo numero di *“Monitor”*, Giovanni Bissoni, Assessore alle Politiche per la salute della Regione Emilia Romagna, nel quadro di una più ampia disamina dei molti problemi organizzativi e gestionali delle attività formative e delle esperienze specifiche di quella Regione.

La possibilità di utilizzare per l'apprendimento direttamente le strutture sanitarie e le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali, nelle occasioni di lavoro, sostiene l'Assessore Bissoni, costituisce un terreno potenzialmente assai fertile per la formazione. Questo approccio, inoltre, consente di realizzare il collegamento con le specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'acquisizione di competenze professionali ed utili esperienze organizzative. La facilità di applicazione delle attività formative ai processi di governo clinico è evidente.

Per sperimentare l'accreditamento della formazione sul campo la Regione Emilia Romagna ha identificato le condizioni che presentano le caratteristiche necessarie di praticabilità e riconoscibilità (periodi di addestramento, audit, partecipazione a commissioni, a gruppi di miglioramento e a ricerche), prevedendo appositi criteri di valutazione e corrispettivi in crediti formativi che tengano conto della rilevanza dell'iniziativa per l'organizzazione che la propone e dell'impegno che richiede.

Come per le attività formative residenziali (corsi, convegni, seminari, ecc.) anche per le attività di apprendimento sul campo debbono valere i medesimi requisiti previsti nell'ordinario sistema di accreditamento: le iniziative debbono essere prodotte da un organizzatore che ne abbia titolo, basarsi su una documentazione valutabile ed essere realizzate senza che si determinino condizioni di conflitto di interesse. È importante, inoltre, che le attività di apprendimento sul campo che si intendono accreditare siano adeguatamente progettate e formalizzate.

Così come per le attività di formazione tradizionale e a distanza, ancor più per l'apprendimento sul campo è spesso necessario associare al responsabile del processo formativo il sostegno di persone (tutor) che abbiano una funzione di orientamento, di supervisione, di formazione e di valutazione dei partecipanti. Il loro contributo va considerato in modo analogo a ciò che avviene per i docenti nei corsi ordinari.

L'autore riferisce che la Regione Emilia Romagna ha finora accreditato 685 iniziative di formazione sul campo (209 nel 2003 e 476 nel 2004) pari al 3 % e al 6 % del totale degli eventi, numero forse modesto in termini relativi, anche se è raddoppiato in un anno, ma rilevante in termini assoluti, che permette di guardare posi-

tivamente ad uno sviluppo ulteriore.

Il secondo articolo, a cura di Maria Linetti, responsabile dell'Ufficio Formazione Continua del Ministero della Salute, fornisce un'ampia descrizione delle attività finora svolte dalla Commissione nazionale ai fini degli accreditamenti per la tipologia residenziale, della valutazione dell'efficacia delle misure poste in essere, della sperimentazione dell'accREDITAMENTO dei provider, per gli eventi residenziali e per la formazione a distanza. Vengono poi fornite informazioni sintetiche, in particolare, sugli eventi residenziali accreditati negli anni dal 2002 al 2005 per anno e per professione, sulla sperimentazione dell'accREDITAMENTO dei provider per la formazione a distanza nonché sulla sperimentazione di modelli di e-learning nelle aziende sanitarie, avviata dalla Commissione nazionale, nella prospettiva di fornire un'offerta più articolata di tipologie formative che l'operatore sanitario possa liberamente scegliere per realizzare il proprio piano individuale.

Su quest'ultima sperimentazione, realizzata nell'ambito di un progetto affidato dal Ministero della Salute alle associazioni FIASO e Federsanità-Anci, riferisce più nel dettaglio, il terzo articolo, a firma di Marco Bonamico, Presidente della FIASO.

L'autore, dopo aver illustrato la metodologia utilizzata nella sperimentazione, con l'ausilio di quattro piattaforme tecnologiche per la fornitura di servizi informativi, affidate a società specializzate per le diverse aree geografiche (Nord, Centro, Sud, Isole), sottolinea come il progetto abbia rappresentato un'esperienza significativa di applicazione su larga scala di una metodologia fortemente innovativa. Si sono registrati, complessivamente sulle quattro piattaforme, n. 9.091 operatori, di cui il 50% al Nord, il 20%

al Centro, il 17% al Sud e il 13% nelle Isole. Tra gli elementi che vengono evidenziati nell'articolo vi è il notevole interesse dei partecipanti verso questa modalità di aggiornamento, un elevato grado di collaborazione per superare le difficoltà organizzative e l'opinione di molti che, tra i temi trattati, quelli gestionali e trasversali siano i più adatti ad essere trattati con la modalità e-learning.

Sull'impiego dell'e-learning e sulle sue grandi potenzialità si sofferma anche, nel quarto articolo, Franco Cuccurullo, Rettore dell'Università degli Studi di Chieti, che muove dall'analisi dei cambiamenti che si sono realizzati negli ultimi anni nel sistema di organizzazione e gestione dei servizi sanitari (aziendalizzazione, nuove responsabilità della dirigenza, diffusione dell'ICT – Information and Communication Technologies), per considerare le ricadute di questi cambiamenti sulla formazione professionale di quanti hanno responsabilità di direzione nell'ambito del sistema.

Alla fase della normazione, che ha dato luogo a tante pressioni verso la formazione di una cultura manageriale in sanità, doveva seguire una fase di diffusione di competenze manageriali, ossia di conoscenze omogenee e standardizzate che riuscissero a coinvolgere un grande numero di operatori, evitando fenomeni di isolamento e demotivazione delle persone escluse dalle tendenze innovative. In realtà, nonostante il processo di "trapianto del genoma manageriale" in qualche modo tentato da vari agenti del cambiamento (tra cui Università, network professionali, Società di consulenza, Agenzie, ecc.) non vi è alcuna certezza sui risultati finora conseguiti e cioè sulla efficace interiorizzazione di concetti importanti, quali azienda, costi, budget, economicità, equilibrio di bilancio, benchmarking, qua-

lità, customer satisfaction e così via.

L'autore non è, però, del tutto pessimista sul futuro. Ritiene che, nei tentativi di trapianto del "genoma manageriale in sanità", uno dei limiti sia da ascrivere alla mancanza di standardizzazione del linguaggio nonché alla frantumazione in piccoli lotti delle sedi formative, a causa della numerosità degli enti incaricati della formazione, che fungono da veri e propri vettori del cambiamento, agendo però con modalità diverse e codici comunicativi diversi. In questa ottica, l'autore ritiene che il futuro della formazione manageriale in sanità vada maggiormente legato all'e-learning e agli Atenei telematici, in ciò confortato dall'impegno con cui il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri cerca da tempo di promuovere lo sviluppo, nell'ambito delle pubbliche amministrazioni, della formazione attraverso gli strumenti telematici.

Nel quinto articolo, a firma di Luigi Frati ed Eugenio Gaudio, componenti della Conferenza dei Presidi della Facoltà di Medicina e Chirurgia, viene effettuata una disamina storica dell'evoluzione della formazione universitaria nell'area medica, dal modello didattico-autoritativo del 1935 fino alle innovazioni introdotte negli anni 1990, 1999 e 2004, con la collocazione in ambito universitario delle diverse professioni sanitarie prima appartenenti al sistema della formazione regionale, il nuovo modello pedagogico dell'area medico-sanitaria, il nuovo ordinamento degli studi universitari e delle tipologie dei titoli rilasciati dalle Università, la programmazione degli accessi all'Università mediante procedure che si ricollegano alla valutazione del fabbisogno per le diverse professioni, nell'ambito dell'Osservatorio permanente costituito presso il Ministero dell'Università, con la partici-

zione delle diverse istituzioni interessate (Conferenza dei Presidenti dei Corsi di laurea, Regioni, Ministero della Salute).

L'articolo fornisce alcuni dati numerici sull'attuale quota annuale di accessi, che risulta stabilizzata nel rapporto di 1:2,5 tra i corsi di laurea storici (medicina e odontoiatria) e i nuovi corsi di laurea delle professioni sanitarie (proiettato verso il rapporto 1:3) per esplicitare le ragioni del dissenso sull'ipotesi di apportare ulteriori riduzioni al numero dei posti delle lauree storiche, avanzata dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri.

Il sesto ed ultimo articolo è a cura di Giovanna Baraldi, docente di progettazione dei processi clinico-assistenziali presso l'Università di Bologna ed è dedicato al tema della formazione come strumento di miglioramento continuo.

L'autrice osserva che l'attività delle organizzazioni professionali che producono servizi sanitari e sociali alle persone è talmente complessa, diversificata e specializzata da richiedere processi decisionali e di organizzazione del lavoro sempre più standardizzati e integrati. Molteplici sono le difficoltà di questi processi, dovute a differenze nelle pratiche professionali (multidisciplinarietà, estrema specializzazione, ecc.), all'esistenza di elementi impliciti presenti nelle decisioni (cliniche, ma anche amministrative e gestionali) non facilmente esplicitabili e dovuti alla diversificazione di linguaggi, difficilmente riconducibili ad elementi codificati e condivisi. Ma, soprattutto, le difficoltà sono dovute alla quantità di dati e informazioni che dai processi scaturiscono e di cui essi hanno bisogno per essere svolti. Di qui la necessità, per le organizzazioni, di uno sforzo per "apprendere", ossia per trasformare i dati acquisiti in informazioni e conoscenze diffuse, indispensabili per il loro operare.

Dopo aver ricordato che la maggior parte degli studiosi considera l'apprendimento delle organizzazioni come un processo lento, che passa attraverso diversi approcci metodologici (problem solving, sperimentazione, apprendimento dalle esperienze pregresse, lezione dalle esperienze degli altri, trasferimento delle conoscenze), l'autrice sostiene la necessità, per il miglioramento del nostro sistema sanitario, di una vera strategia dell'apprendimento. Un'efficace strategia deve essere in grado di trasferire all'interno delle strutture gli strumenti e i metodi dell'apprendere, da quelli dell'organizzazione del lavoro (di gruppo, in rete, ecc.) al supporto ai processi decisionali sia clinici che gestionali, anche orientati al cambiamento e all'innovazione. Il programma strategico va basato sulla formulazione di obiettivi da raggiungere e correlato a risorse e disponibilità; deve, infine, essere accompagnato da indicatori di misura dei risultati, che consentiranno di rimodulare continuamente nel tempo i nuovi e più ambiziosi obiettivi di miglioramento da conseguire.

Infine, il presente numero di "Monitor" contiene, nella rubrica "Assr on line", due dei più recenti lavori di elaborazione ed analisi dei dati, portati a termine dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, sulla base delle schede di dimissione ospedaliera relative all'anno 2003, messe a

disposizione del Ministero della Salute.

Il primo dei due lavori si riferisce ai ricoveri ospedalieri "inappropriati", dell'anno 2003, che vengono messi a confronto con quelli dell'anno 2001, per dare evidenza alle significative variazioni intervenute nei due anni, in senso migliorativo.

Il secondo lavoro si riferisce alla mobilità sanitaria che, invece, non presenta sostanziali variazioni rispetto agli anni precedenti, soprattutto per quanto concerne la complessità della casistica che determina la mobilità. Solo il 5,46% dei ricoveri in mobilità si riferisce, infatti, a prestazioni di alta specialità; il 35,74% rientra nei DRG "inappropriati"; il 58,8% dei ricoveri, infine, risulta, determinato da esigenze assistenziali di ordinario livello. La suddetta distribuzione dei ricoveri dà conferma del fatto che la parte prevalente della mobilità – a parte i ricoveri nelle strutture di confine o quelli dovuti a cause accidentali – non sembra motivata da ragioni riconducibili all'inadeguatezza qualitativa delle strutture nelle località di provenienza degli assistiti ed appare, perciò, in qualche misura, suscettibile di ridimensionamento. Nello studio dell'Agenzia sono riportate, come in passato, numerose informazioni circa la distribuzione dei ricoveri per tipologia di strutture di destinazione, nonché per causa di ricovero (DRG).



# La formazione come strumento di programmazione e controllo dei sistemi regionali

di **Giovanni Bissoni**

Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna

La formazione nel sistema sanitario è stata sempre disarticolata in diversi filoni, spesso indipendenti per finalità, metodi e ambiti d'interesse. L'avvio del sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) nel 2002 ha offerto un'opportunità importante per spingere verso una visione più dinamica della formazione e più collegata all'evoluzione delle organizzazioni sanitarie, al miglioramento dei processi assistenziali, all'integrazione con la formazione universitaria e allo sviluppo continuo della professionalità degli operatori.

Il processo che è stato avviato su scala nazionale è certamente imponente, ma ciò che è stato realizzato in questi anni non è pari alle attese. Numerose critiche vengono rivolte ai meccanismi del sistema ECM, soprattutto da settori professionali e dagli ordini. L'offerta formativa non è omogenea, sia per aree geografiche e sia per figure professionali. Limiti rilevanti si riscontrano nella qualità e non ci sono ancora sistemi di accreditamento e di valutazione in grado di metterli chiaramente in evidenza e di correggere le situazioni negative. Grave sottovalutato è, infine, il problema del conflitto di interessi, per il quale non vi sono regole comuni né impegni adeguati ad affrontarlo.

Nelle pagine che seguono vengono delineate le iniziative e le nuove strategie della formazione continua che sono state avviate in questi anni per il Sistema Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna. Questa esperienza propone elementi in-

teressanti e incoraggianti, ma va sottolineato che non può essere considerata indipendentemente dal quadro generale dell'offerta formativa che viene rivolta agli operatori sanitari e dal sistema di azioni e di responsabilità istituzionali che lega i livelli del Governo nazionale e di tutte le Regioni.

Lo sviluppo di un sistema di formazione continua che sappia introdurre cambiamenti significativi nell'intendere il grande capitale umano di cui dispone il Servizio Sanitario Nazionale e nel gestire i processi di innovazione tecnologica e organizzativa necessari a mantenerlo un sistema moderno, adeguato alle aspettative dei suoi destinatari e degli operatori, richiede interventi articolati a livello regionale e locale, ma che abbiano comunque su scala nazionale una effettiva coerenza e una valenza commisurata alle esigenze di miglioramento. Queste correzioni riguardano in particolare i sistemi di orientamento, di accreditamento e di valutazione dell'offerta formativa e implicano, necessariamente, una grande capacità di collaborazione tra i diversi livelli istituzionali e impegni coerenti da parte di tutti i soggetti interessati.

### TEMI E PROBLEMI

La necessità di rendere, almeno in parte, manifesto il processo di apprendimento che si verifica lungo l'arco dell'esistenza professionale dei singoli e di governarlo secondo finalità prestabilite è un'esigenza delle organizzazioni e del vivere sociale. Qualunque azienda che curi il proprio sviluppo non può prescindere dalle competenze professionali, dalle capacità di intervento e dal comportamento dei propri operatori. La formazione è uno degli strumenti più utilizzati per orientarli e rafforzarli e, in tal caso, gli obiettivi formativi dell'organizzazione coincidono con gli obiettivi di apprendimento dei singoli. E

poiché la vita di un'azienda è sottoposta a continue evoluzioni e innovazioni, anche il processo formativo assume modi e prospettive non occasionali: sempre più spesso, infatti, si parla di formazione continua o permanente.

Il settore sanitario è all'interno di questo più ampio contesto, ma è fortemente condizionato dalle proprie specificità, caratterizzate innanzitutto dalla cosiddetta "dominanza medica" e dalla interazione di oltre trenta professioni, ciascuna delle quali ha obiettivi e strategie proprie, generalmente perseguite attraverso il proprio Ordine o Collegio professionale.

Individualmente ogni operatore sanitario trova nelle norme deontologiche che regolano l'operare della sua professione un richiamo all'obbligo di impegnarsi nell'apprendimento continuo. Viene anche sollecitato verso una nuova responsabilità (*accountability*) che comporta l'introduzione nella pratica professionale di meccanismi di controllo e valutazione delle prestazioni e dei risultati. La rapidità con cui si modificano le tecnologie e le organizzazioni, l'ampliamento del mercato del lavoro a una dimensione internazionale, la mobilità delle persone, rendono sempre più anacronistico pensare che le competenze tecniche dei professionisti possano essere certificate una sola volta per tutte al momento dell'accesso alla professione, sulla base delle credenziali educative: il loro aggiornamento dovrebbe essere dimostrato e confermato nel tempo.

L'innovazione e l'apprendimento sono, quindi, elementi centrali e inestricabili dello sviluppo di un servizio sanitario. Se per formazione continua (FC) in sanità si intende l'insieme delle attività, successive alla formazione iniziale, finalizzate al continuo adeguamento delle capacità di intervento rispetto allo sviluppo scientifico, tecnico e organizzativo dell'assistenza e al

mutare della domanda di salute della popolazione, non c'è dubbio che siamo di fronte non solo a uno strumento fondamentale di cambiamento individuale, ma a una funzione specifica del servizio sanitario stesso, indispensabile a garantire nel tempo la qualità dei suoi servizi.

Risposte formative adeguate a questi problemi non possono essere progettate e realizzate in modo frammentario, ma richiedono coerenza con un vero e proprio piano strategico in cui far confluire forze molteplici. In particolare, la formazione continua dovrebbe essere parte di un contesto in cui:

- sia effettivo l'impegno a creare condizioni di lavoro adatte allo sviluppo delle competenze, sia in funzione dello sviluppo della carriera individuale che dell'evoluzione dell'organizzazione;
- l'apprendimento sia riconosciuto, valutato e accreditato e sia condiviso tra gruppi e professioni diversi;
- la pianificazione, l'organizzazione e la valutazione della FC facciano parte integrante dello sviluppo delle organizzazioni;
- le infrastrutture dedicate siano competenti, accessibili e in grado di supportare l'apprendimento.

La novità sostanziale di questi ultimi anni è l'introduzione dell'obbligo per tutti gli operatori sanitari di partecipare al processo di Educazione continua in medicina. Questo processo, introdotto dal DLgs 229/1999, si basa sull'acquisizione di crediti formativi attraverso la partecipazione a iniziative accreditate per l'ECM e ha l'obiettivo di integrare le norme sull'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale. Da questo punto di vista, l'ECM

rappresenta un obbligo, un diritto-dovere per ciascun operatore, ma è anche parte di un più generale processo di qualificazione della struttura, dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi sanitari.

Il sistema dell'ECM non esaurisce certamente le possibilità di formazione e di apprendimento di un operatore sanitario, ma definisce le regole di quella parte di formazione che viene realizzata in modo sistematico e continuativo per soddisfare le esigenze proprie del SSN.

Il sistema ECM è avviato ormai capillarmente in tutto il Paese. Siamo, tuttavia, ancora in una fase sperimentale in cui le strategie generali sono in discussione, le strade regionali non sono sufficientemente armonizzate e persistono evidenti pericoli di deriva burocratica e commerciale.

### IL PROGRAMMA ECM IN EMILIA ROMAGNA

L'Emilia Romagna ha investito sulle possibilità che si sarebbero create con il sistema dell'ECM per lo sviluppo della formazione continua, dando vita a un modello di accREDITAMENTO regionale coerente con le indicazioni nazionali, ma anche originale in alcuni suoi elementi (Delibere della Giunta regionale n. 1072/2002 e 1217/2004).

Al fine di distinguere le funzioni di supporto tecnico e orientamento per le decisioni della Regione da quelle di rappresentanza degli utenti dell'ECM sono stati creati due organismi:

- una "Commissione regionale per la formazione continua in medicina e per la salute" composta da esperti e con funzioni di consulenza per le attività di governo della Regione;
- una "Consulta regionale per la formazione

in sanità” composta da rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni degli operatori sanitari che hanno l’obbligo dell’ECM, con lo scopo di esprimere una valutazione dei bisogni formativi di ciascuna professione e di raccogliere giudizi, valutazioni e suggerimenti in merito ai risultati del processo avviato su scala regionale e ai suoi possibili sviluppi.

Sono stati provvisoriamente riconosciuti come organizzatori di formazione che hanno titolo a presentare proposte per l’accreditamento di eventi formativi solo le Università, le Aziende sanitarie della Regione, gli Istituti scientifici del SSN, gli Istituti zooprofilattici sperimentali e l’Agenzia regionale per la prevenzione e l’ambiente. Questa decisione è motivata dall’assenza di criteri nazionali per l’accreditamento dei provider, ma anche dall’esigenza di sollecitare l’impegno di quegli enti che hanno la maggiore responsabilità, anche sul piano istituzionale, nella formazione permanente degli operatori sanitari.

Le Aziende sanitarie, in ragione della loro responsabilità primaria nella pianificazione dell’offerta, devono predisporre propri Piani Annuali Formativi (PAF), che siano l’espressione di una valutazione dei bisogni formativi delle diverse professioni presenti nell’azienda e delle scelte di sviluppo, tecnologiche e organizzative di ciascuna singola Azienda anche per le collaborazioni locali. I PAF vengono completati con le schede dei singoli eventi formativi proposti per l’accreditamento.

Le schede devono comprendere le informazioni necessarie per la loro valutazione e il numero di crediti ipotizzato da attribuire all’evento. In tal modo si è anticipata, attraverso una fase sperimentale controllata, la piena responsabilità degli organizzatori accreditati nell’attribuire

i crediti alle loro iniziative.

Il programma regionale richiede, inoltre, agli organizzatori di corredare le richieste di accreditamento con l’autocertificazione che per la loro realizzazione non siano state utilizzate fonti di finanziamento dirette (anche parziali) provenienti da imprese che abbiano interessi commerciali nel campo sanitario. Queste (industrie farmaceutiche od operanti nel campo delle tecnologie sanitarie, ecc.) possono, tuttavia, contribuire allo sviluppo del programma di formazione dell’Azienda sanitaria finanziando il PAF nel suo complesso, senza legare il proprio nome ad una iniziativa o ad un evento specifico. Possono anche concorrere al finanziamento del Programma Regionale per l’Innovazione e la Ricerca (PRI – ER) di cui si parlerà nelle pagine conclusive dell’articolo. In entrambi i casi, il loro contributo è riconosciuto nella qualità di sponsor generali delle iniziative programmate.

Il processo di accreditamento degli eventi formativi prevede che la valutazione delle proposte venga effettuata dalla Commissione regionale, sulla base dei medesimi criteri definiti a livello nazionale, e che la Regione, attraverso l’Agenzia Sanitaria Regionale, accrediti formalmente gli eventi, confermando o modificando i crediti proposti.

Gli studi sull’apprendimento degli adulti mostrano che questo è legato soprattutto all’esistenza di concreti e specifici problemi da risolvere, alla possibilità di utilizzare metodi e tecniche didattiche che permettano un elevato grado di interattività e di diretto coinvolgimento e a contesti organizzativi favorevoli, interessati alla formazione in quanto fattore positivo di evoluzione. Le occasioni di lavoro rappresentano un’opportunità assai fertile di formazione che è tuttora poco utilizzata. Per questi motivi si è ritenuto di valorizzare direttamente le strutture sa-

nitare, le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali e di includere nel sistema ECM anche la formazione sul campo, che comprende la partecipazione a ricerche o sperimentazioni, stage formativi presso enti di ricerca o altre Aziende sanitarie per l'acquisizione di nuove tecnologie, ecc. Criteri specifici sono stati sviluppati per il riconoscimento dei crediti maturati attraverso questa forma di FC, che viene fortemente incentivata dalla Regione.

L'accreditamento della formazione sul campo sta dando i primi frutti, ma è ancora in fase sperimentale (vedi paragrafo successivo). Il 94% degli eventi accreditati in Regione nel 2004 ha avuto carattere residenziale e si è trattato soprattutto di corsi e seminari, mentre i convegni e le tavole rotonde sono stati una minoranza. In generale prevalgono (circa il 64%) gli eventi con finalità tecnico-professionali, mentre gli altri sono in leggera flessione (il 24% sono stati rivolti agli aspetti organizzativo-gestionali, l'11% agli aspetti comunicativo-relazionali e solo una piccola parte ai temi etici).

Un sistema informatizzato accessibile tramite internet, messo a punto con l'Università di Bologna e col CINECA, permette di gestire le procedure di accreditamento in linea. Esso permette anche di diffondere informazioni sulle attività regionali e sui singoli eventi agli utenti e potrà, successivamente, facilitare l'integrazione informativa con il sistema nazionale e con gli altri sistemi regionali.

Il sito web sull'ECM dell'Emilia Romagna è <http://ecm.regione.emilia-romagna.it>.

Gli operatori sanitari direttamente interessati all'ECM in Emilia Romagna sono in tutto circa 57.400: 46.700 dipendenti (o convenzionati) delle Aziende Sanitarie e gli Istituti Ortopedici Rizzoli, 5.700 degli ospedali privati accreditati

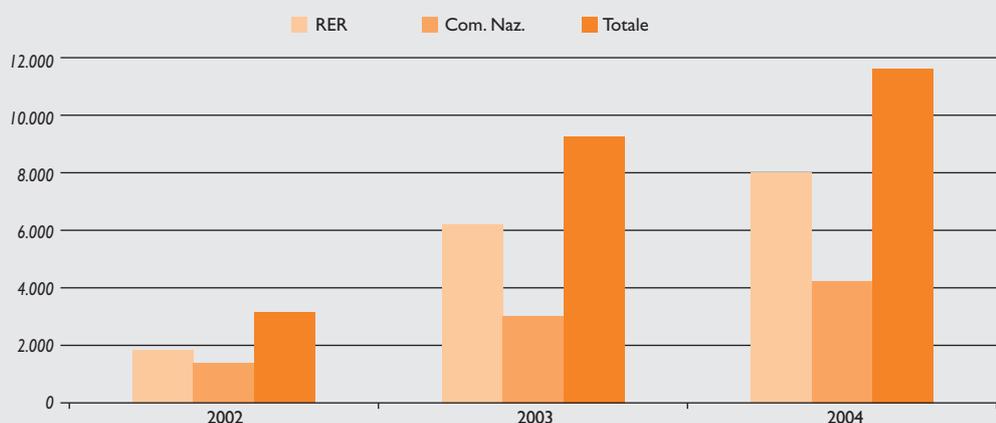
e 5.000 delle farmacie. Gli infermieri sono circa 26.000 e i medici 15.500, tra cui 3.370 di medicina generale e 540 pediatri di libera scelta.

Nel 2004 sono stati complessivamente accreditati per l'ECM 11.687 eventi formativi svolti in Emilia Romagna, di cui il 68% dalla Regione e gli altri dalla Commissione nazionale presso il Ministero della salute. L'offerta formativa complessiva è quasi quadruplicata dal 2002, soprattutto per effetto delle iniziative realizzate dalle Aziende Sanitarie e accreditate dalla Regione. La figura mostra l'incremento dell'offerta di eventi ECM dal 2002 (Fig. 1).

Il costo complessivo per le Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna dell'organizzazione di iniziative per l'ECM nel 2004 è stato di circa 9 milioni di euro, a cui vanno aggiunti circa 4.6 milioni per il funzionamento degli Uffici Formazione. Non sono inclusi in questa stima i costi del tempo del personale impegnato nell'attività formativa e quelli per le eventuali sostituzioni.

In media, quindi, per ogni operatore dipendente e convenzionato interessato all'ECM i costi diretti nel 2004 sono stati di circa 324 euro. Ogni credito offerto è costato circa 5 euro e ogni ora di formazione, indipendentemente dalla tipologia dell'iniziativa, circa 144 euro.

Il sistema dell'ECM si basa sull'accreditamento dei progetti formativi. Questi dovrebbero includere strumenti e fasi di valutazione del gradimento e dell'apprendimento. In effetti la valutazione della qualità della formazione rimane un punto critico che è tanto più preoccupante quanto meno sono conosciuti gli organizzatori degli eventi. L'Emilia Romagna, come si è detto, accetta in questa fase solo le proposte di accreditamento che provengono dalle Aziende Sanitarie e dall'Università, ma gli organizzatori di formazione con sede in Regione registrati dalla

**Figura I - Corsi accreditati per l'ECM in Emilia Romagna negli anni 2002-2004**

Commissione nazionale sono oltre 600 (11.000 sul territorio nazionale) e questo pone seri problemi di credibilità del sistema.

Una prima risposta potrà venire dall'Osservatorio nazionale per la qualità dell'ECM che l'Emilia Romagna, con altre nove Regioni (Campania, Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Trentino, Valle d'Aosta e Veneto), sta sperimentando in base a una decisione della Conferenza Stato-Regioni e una convenzione col Ministero della salute.

#### **STRUMENTI INNOVATIVI: E-LEARNING E FORMAZIONE SUL CAMPO**

Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione sono entrate profondamente, in questi ultimi anni, anche nel campo della formazione, offrendo molte opportunità innovative. Nella tassonomia dell'e-learning (termine non esattamente sinonimo di "formazione a distanza", ma più appropriato) si distinguono, infatti, situazioni con caratteristiche, finalità, costi, vincoli molto diversi che si applicano sia alla formazione residenziale, sia alla formazione sul campo, sia anche all'apprendimento individuale informale. In particolare lo sviluppo dell'"appren-

dimento collaborativo in rete", centrato sul gruppo dei pari che condividono in rete conoscenze, esperienze e competenze presenta interessanti prospettive nelle organizzazioni sanitarie.

Esiste, quindi, un arsenale di metodi e tecniche che, tra l'altro, possono essere utilmente sfruttati in forma integrata. Le evidenti potenzialità di queste strade non debbono, tuttavia, far sottovalutare le innumerevoli difficoltà che pur esistono e il contesto culturale e organizzativo in cui si lavora. L'incompletezza della rete informatica, le incompatibilità tra i software disponibili, le ancora scarse competenze nella progettazione e realizzazione di prodotti di qualità, le resistenze tra i docenti e i discenti, l'inadeguatezza dei cataloghi dei sussidi didattici, l'indisponibilità di un numero adeguato di tutor preparati, sono solo alcuni dei problemi che ne limitano la diffusione e che inducono a procedere con cautela.

La possibilità di utilizzare per l'apprendimento direttamente le strutture sanitarie, le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali e le occasioni di lavoro, in una parola la formazione sul campo, costituisce un terreno potenzialmente assai fertile per la formazione.

Questo approccio, inoltre, offre la massima possibilità di essere legato alle specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi. La facilità di applicazione ai processi di governo clinico e le prospettive che apre sono intuitive.

Per sperimentare l'accreditamento della formazione sul campo per l'ECM sono state identificate le condizioni che presentano le caratteristiche necessarie di praticabilità e riconoscibilità (periodi di addestramento, audit, partecipazione a commissioni, a gruppi di miglioramento e a ricerche) e sono stati previsti criteri di valutazione e corrispettivi in crediti formativi ECM che tengono conto della rilevanza dell'iniziativa per l'organizzazione che la propone e dell'impegno che richiede.

Come per le attività formative residenziali (corsi, convegni, seminari, ecc.), anche per le attività di apprendimento sul campo valgono i medesimi requisiti perché possano rientrare nel sistema di accreditamento: essere prodotte da un organizzatore che ne abbia titolo, avere una documentazione valutabile ed essere realizzate senza che si determinino condizioni di conflitto di interesse. È importante, inoltre, che l'attività di apprendimento sul campo che si intende accreditare sia adeguatamente progettata e formalizzata.

Così come per le attività di formazione tradizionale e a distanza, ancor più per l'apprendimento sul campo è spesso necessario associare al responsabile del processo formativo il sostegno di persone (tutor) che abbiano una funzione di orientamento, di supervisione, di formazione e di valutazione dei partecipanti. Il loro contributo viene considerato in modo analogo a ciò che

avviene per i docenti nei corsi ECM.

Sono state finora accreditate 685 iniziative di formazione sul campo (209 nel 2003 e 476 nel 2004) pari al 3% e al 6% del totale degli eventi. Complessivamente sono un numero forse modesto in termini relativi, anche se è raddoppiato in un anno, ma rilevante in termini assoluti e che permette di guardare positivamente ad uno sviluppo ulteriore.

### LE NUOVE SFIDE

La Regione Emilia Romagna ha recentemente promosso il Programma Ricerca e Innovazione (PRI E-R), con lo scopo di introdurre la funzione di ricerca e di innovazione fra le attività ordinarie, sistematiche e continuative delle Aziende Sanitarie, dandone conto rispetto alle priorità scelte, alle risorse impegnate e ai risultati raggiunti. Il programma, che si avvale anche del concorso del sistema delle Università della Regione secondo le priorità indicate dalla Conferenza Regione-Università, è finanziato attraverso un fondo generale specifico, cui concorrono al momento 12 fra le più importanti industrie del settore farmaceutico e biomedicale. Il PRI E-R rappresenta un'opportunità per trasformare le strutture del SSR (e le diverse professioni che in esso operano) in protagonisti di un processo nel quale ricerca e innovazione sono parte integrante dell'operatività del sistema ed elementi di riconversione e ripensamento degli assetti organizzativi e gestionali.

La possibilità di introdurre utilmente nuove tecnologie nei servizi sanitari (intese nel senso più generale, dagli interventi sanitari alle modalità organizzative) è strettamente correlata con le capacità di adeguamento delle competenze professionali degli operatori coinvolti. In questo senso la formazione è sia uno strumento per il

cambiamento individuale sia una funzione specifica del servizio sanitario stesso. L'attenzione alle modifiche nelle strutture, nell'organizzazione e nei comportamenti assistenziali diventa un elemento di convergenza tra gli obiettivi formativi delle Aziende Sanitarie e gli interessi di apprendimento degli operatori e si configura come la traccia per percorsi di formazione continua. Il programma regionale per la formazione continua ha, quindi, assunto due priorità:

- 1) verranno valorizzate le possibilità di formazione sul campo offerte dalle sperimentazioni e per le quali, come si è visto, sono già stati definiti i criteri per l'accredimento ECM (come la partecipazione a ricerche, ad audit, ecc.) e vi sarà l'opportunità per mettere in atto processi innovativi di apprendimento collaborativo e di e-learning, a livello locale e regionale;
- 2) saranno potenziate le opportunità di informazione scientifica per le diverse funzioni del Programma (di horizon scanning, di technology assessment, di progettazione delle ricerche, di redazione di protocolli, di aggiornamento e di formazione degli operatori) e verrà sviluppato un sistema di utilizzazione delle risorse informative, integrando le fonti disponibili e sperimentando Centri di documentazione specifici.

La valorizzazione delle risorse umane del SSN e la partecipazione degli operatori alle scelte strategiche di sviluppo del SSR rappresentano due dei maggiori principi di organizzazione del SSR enunciati dalla recente Legge Regionale 29/2004 sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale. Le innovazioni introdotte prefigurano una terza forma di aziendalizzazione, dopo l'azienda del 502/92 e quella della 229/99, ridefinendo le relazioni con i sogget-

ti esterni (enti locali e Regione), ma anche le funzioni e la loro governance interna. In particolare, le Aziende Sanitarie dovranno integrare la tradizionale funzione di assistenza con le funzioni di formazione e di ricerca, indispensabili per valorizzare le risorse umane e per garantire un flusso costante di innovazione al sistema.

La nuova legge istituisce il Collegio di direzione, che è composto dai Direttori dei Dipartimenti e dei servizi, quale terzo organo dell'Azienda Sanitaria, insieme al Direttore Generale e al Collegio sindacale. È l'organo attraverso il quale gli operatori concorrono al governo dell'Azienda Sanitaria ed esprimono scelte di sviluppo organizzativo, di formazione e di ricerca.

La predisposizione del programma di formazione aziendale nell'ambito della ECM, oggi elaborato dagli Uffici formazione e sottoposto alla Direzione Generale, dovrebbe essere in futuro elaborato e proposto dal Collegio di direzione. I Dipartimenti dovrebbero svolgere un ruolo forte sia nella fase di elaborazione che di attuazione del programma di formazione e l'Ufficio Formazione assumerebbe una funzione di coordinamento e supporto. Questa nuova funzione istituzionale attribuita alle Aziende Sanitarie trova riscontro nella rete formativa regionale che, in base al nuovo Protocollo d'intesa fra Regione e Università, dovrà essere sviluppata tra le Aziende Sanitarie per lo svolgimento delle attività di formazione specialistica e per i corsi di laurea delle professioni sanitarie. Si riconosce in questo modo il ruolo delle strutture sanitarie e del personale nella formazione medico-specialistica e per i corsi di laurea delle professioni sanitarie, ricomponendo anche in questo senso la logica dei processi di formazione continua e valorizzando le risorse esistenti e le sinergie possibili fra SSR ed Università.

# Il programma ECM: risultati raggiunti e risultati attesi

di **Maria Linetti**

Ministero della Salute, Commissione Nazionale ECM

**I**l Programma di Educazione Continua in Medicina, elaborato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, deve consentire – in virtù del dettato normativo contenuto nel decreto legislativo 502 del 1992, così come modificato ed integrato dal decreto legislativo 229 del 1999, artt. 16-bis e seguenti – di soddisfare l’obbligo formativo che grava su tutti gli operatori sanitari affinché questi ultimi possano adeguare la rispettiva professionalità con l’aggiornamento continuo attraverso la partecipazione ad eventi e progetti formativi aziendali.

Il 1° gennaio 2002 è stato avviato a regime il predetto Programma limitando l’accreditamento di eventi e progetti formativi aziendali alle offerte formative residenziali.

Il Programma si fonda, sostanzialmente, su una procedura interamente informatizzata che si avvia con la richiesta da parte dell’organizzatore dell’accreditamento di un evento o di un progetto formativo aziendale e si definisce con l’attribuzione di crediti formativi che possono essere, quindi, attestati ai partecipanti dopo la partecipazione ai corsi di aggiornamento di ECM.

La procedura, fino ad oggi seguita ed applicata dall’Ufficio Formazione Continua, che ospita la Segreteria della Commissione Nazionale, si limita a valutare l’evento o il progetto formativo per il quale è stata prodotta istanza di accreditamento: solo marginalmente, infatti, viene valutata la posizione dell’organizzatore. L’operazione di valutazione dell’organizzatore riguarda principalmente gli aspetti formali (l’attività di formazione tra le attività svolte, per esempio) con particolare riguardo alle eventuali posizioni giuridiche e commerciali che lo stesso svolge e che in alcuni casi specifici (aziende farmaceutiche, produttori di dispositivi medici) inibiscono la possibilità di presentare richieste di accreditamento di eventi formativi per evidenti interessi conflittuali che convergono sull’iniziativa.

Per l’attuazione del Programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) la Commissione ha proceduto con un avvio graduale di accreditamento riguardo la tipologia formativa limitandola a quella residenziale. Lo stesso criterio di gradualità di avvio procedurale è stato adottato rispetto al numero di crediti forma-

tivi che ogni operatore è tenuto ad acquisire nel corso dell'anno di riferimento in ordine crescente (10 crediti per l'anno 2002, 20 per il 2003, 30 per il 2004 e così via).

Il criterio della gradualità, dei crediti formativi da acquisire da parte degli operatori sanitari e della tipologia di eventi da ammettere all'accreditamento, ha consentito alla Commissione di intraprendere iniziative che consentono di "misurare" l'efficacia di alcuni parametri e criteri e di verificare la contestuale disponibilità alla partecipazione al Programma da parte dei discenti.

In tal senso, la Commissione ha avviato anche un percorso sperimentale di accreditamento di provider per gli eventi Residenziali e per la Formazione a distanza (FAD), per verificare se i soggetti che si rendono disponibili a porre in essere offerte formative per il Programma di Educazione Continua in Medicina sono in grado, autonomamente, di garantire tutte le procedure connesse all'elaborazione e alla somministrazione di un evento o progetto formativo aziendale coerenti con i criteri stabiliti dalla Commissione stessa.

Per questo motivo e per definire criteri e modalità per l'accreditamento dei provider residenziali e FAD da condividere con le Regioni, con determinazione del 20 novembre 2003 la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, anche sulla base del documento a suo tempo approvato a Cernobbio in materia, ha approvato un avviso pubblico contenente i requisiti richiesti per essere ammessi alla sperimentazione preliminare dell'accreditamento e quindi per la "sperimentazione di prototipi di attività formative a distanza per l'attuazione del programma ECM" così come definito nella Direttiva generale Governativa per l'attività amministrativa e la gestione per l'anno 2004 – Obiettivo strategico 2004.

#### SPERIMENTAZIONE:

#### LA FORMAZIONE A DISTANZA COME STRUMENTO DI AGGIORNAMENTO

La Commissione nazionale per la formazione continua, nella seduta del 17 ottobre 2003, ha promosso, quindi, l'avvio di una sperimentazione "preliminare" dell'accreditamento dei provider.

La sperimentazione è stata finalizzata ad acquisire ulteriori elementi di valutazione per la definizione dei criteri e delle modalità per l'accreditamento per "testare" tutta la modulistica, nonché per ottenere dati preliminari sulla domanda di partecipazione ai corsi di FAD di ogni categoria professionale in relazione alle varie tipologie.

Il numero di domande di partecipazione pervenute sono state: 315 di cui 119 per la formazione residenziale e 83 per la formazione a distanza, 110 per la formazione residenziale e a distanza formulate da uno stesso provider.

Tre domande sono pervenute prive di specifica indicazione.

Prima della valutazione dei contenuti delle domande è stato necessario esaminare i plichi e individuare se l'istanza prodotta era completa rispetto ai requisiti indicati nell'avviso (per es. costi dei corsi che devono essere a completo carico dei provider e quote gratuite di partecipazione ai corsi stessi in favore degli operatori sanitari interessati; soggetto pubblico o soggetto privato, ecc).

Successivamente, i coordinatori delle rispettive Sezioni residenziali e FAD della Commissione Nazionale hanno proceduto a dettare i criteri di valutazione e selezione dei provider.

Le rispettive attività di valutazione e selezione sono state effettuate direttamente dalle competenti Sezioni (si rammenta in proposito che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua si articola anche in Sezioni, cinque, tra queste sono annoverate quella della formazione a di-

stanza e quella della formazione residenziale. Le altre riguardano i rapporti con le regioni, con gli ordini e i collegi, gli sponsor nel Programma di ECM supportate dal personale dell'Ufficio, coordinato dal Direttore; il materiale è stato raccolto per tipologia formativa e per soggetto richiedente, quindi, è stato protocollato e organizzato sistematicamente per consentire la massima utilizzazione e visione dello stesso da parte della Sezione che doveva valutarne la posizione.

Ultimato il lavoro di valutazione e selezione i rispettivi coordinatori (per la formazione residenziale il prof. Sergio Tartaro, per la formazione a distanza il prof. Riccardo Vigneri) hanno effettuato apposita relazione alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

In occasione della manifestazione Sanità Futura - che si è tenuta dal 5 all'8 aprile 2004 a Cernobbio - la Commissione Nazionale ha reso noti gli elenchi degli ammessi alla sperimentazione.

Tutte le iniziative sperimentali formative attivate sono state pubblicate sul sito ECM per informare gli interessati dell'avvio della sperimentazione e per garantire che i rispettivi programmi sono stati approvati dalla Commissione Nazionale per la formazione continua.

Alla data del 30 dicembre 2004 sono stati acquisiti gli elementi relativi alla sperimentazione necessari alla definizione di prototipi di attività formative a distanza e residenziali.

La tabella 1 riporta sinteticamente i dati relativi ai 68 provider ammessi alla fase sperimentale della formazione a distanza, la partecipazione degli operatori sanitari, la loro provenienza e il totale dei crediti assegnati.

Mentre nella tabella 2 viene evidenziato il dettaglio delle principali professioni che hanno partecipato agli eventi FAD.

Da essa appare evidente un'alta partecipazione dei medici chirurghi e degli infermieri rispetto al numero totale dei partecipanti.

La formazione a distanza ha registrato quasi 150.000 utenti che ne hanno usufruito nel periodo da luglio a ottobre 2004: l'esito, si ribadisce, riporta un successo inaspettato anche in considerazione del fatto che i discenti non hanno l'abitudine all'apprendimento a distanza, tanto meno l'iniziativa è stata particolarmente pubblicizzata.

La Commissione ha inoltre rilevato, in occasione della valutazione dei programmi utilizzati, una qualità pedagogico-formativa medio alta.

**Tabella 1 - La formazione a distanza. Fase sperimentale**

N. provider	68
N. partecipanti	136.208
Di provenienza locale	2.601
Di provenienza regionale	2.482
Di provenienza nazionale	131.126
Crediti totali	737.603

**Tabella 2 - Partecipanti suddivisi per professione**

	Totale	%
Medico chirurgo	46.952	
Infermiere	45.935	19,5
Farmacista	26.583	2,4
Fisioterapista	3.232	10,0
Altre professioni	13.628	10,0

### LA FORMAZIONE COME STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DEI SISTEMI REGIONALI

Sempre sul fronte delle valutazioni nelle tipologie formative avviate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in costanza di Programma di ECM va annoverato l'“E-learning nelle Aziende sanitarie” che fornisce un'offerta eterogenea di tipologie formative tra le quali l'operatore sanitario può liberamente scegliere per il proprio Piano Formativo.

A marzo si è concluso il progetto affidato alla Fiaso e alla Federsanità-Anci per la sperimentazione dell'e-learning nelle aziende sanitarie.

La Commissione ha inteso verificare le modalità per un possibile sviluppo della formazione continua in medicina, utilizzando le opportunità offerte dalle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, sia web based che secondo

le metodiche in uso per la formazione a distanza.

Il progetto rappresenta la prima e unica esperienza su scala nazionale di e-learning in sanità che ha interessato più regioni con diverse culture, capacità progettuali e diverse capacità professionali.

Le aziende che sono state coinvolte comprendono le aziende sanitarie, gli IRCCS e le aziende ospedaliere.

Per la somministrazione dei corsi sono state individuate quattro aree territoriali e sono state impegnate quattro rispettive piattaforme.

Il progetto risulta significativo per estensione territoriale, varietà degli interlocutori e numero di operatori coinvolti.

La tabelle riportate sulle attività sperimentali – tratte dalla relazione della Fiaso servizi – consentono alcune preliminari considerazioni (Tab. 3, 4).

#### Tabella 3 - RegISTRAZIONI ai corsi per categoria

	Area Dirigenza	Area Comparto	Totale
Nord	1.692	2.934	4.626
Centro	667	1.089	1.756
Sud	959	476	1.435
Isole	803	471	1.274
<b>Totale</b>	<b>4.121</b>	<b>4.970</b>	<b>9.091</b>

Fonte: Fiaso e Federsanità Anci, Maggio 2005

#### Tabella 4 - Articolazione delle iscrizioni ai corsi per livello

	Utenti Registrati	Iscrizioni Corsi Livello 1	Iscrizioni Corsi Livello 2	Iscrizioni Corsi Livello 3	Iscrizioni Corsi Totale
Nord	4.626	8.895	578	133	9.606
Centro	1.756	4.123	177	76	4.376
Sud	1.435	2.292	399	324	3.015
Isole	1.274	411	ND		411
<b>Totale</b>	<b>9.091</b>	<b>15.721</b>	<b>1.154</b>	<b>533</b>	<b>17.408</b>

Fonte: Fiaso e Federsanità Anci, Maggio 2005

Il successo della sperimentazione a distanza tramite l'e-learning deve, evidentemente, presupporre capacità operative di utilizzo della stessa da parte dei partecipanti ai corsi.

Alcune criticità significative sono state evidenziate nell'età dei partecipanti (o meglio, anzianità di servizio). Il massimo della partecipazione ai corsi è stato annoverato tra i soggetti che operano dai 21 ai 30 anni di anzianità, mentre dai 31 ai 40 di anzianità ha risultati meno interessanti.

In merito è stato rilevato un maggior interesse e partecipazione alla sperimentazione nelle classi di minor anzianità di servizio, che può essere così schematizzato:

- 11 - 30 anni di anzianità → discreto interesse
- 21 - 30 anni di anzianità → massimo interesse
- 31 - 40 anni di anzianità → calo di interesse

Tale distribuzione è stata sperimentata nella medesima proporzione all'interno delle quattro aree geografiche ed è un elemento comune a tutte le attività formative poste in essere.

Il momento più proficuo per l'accesso alla formazione è stato riscontrato nella fascia oraria dalle ore 8.00 alle ore 14.00, orario compreso in quello di servizio, mentre i giorni della settimana maggiormente interessati sono stati quelli centrali: martedì, mercoledì e giovedì.

Il sabato e la domenica, invece, sono stati maggiormente utilizzati dal personale del Comparto: tecnici e infermieri.

Questi sono solo alcuni degli elementi sui quali sono state operate analisi di lettura dei dati.

Nella sostanza, l'esperienza è stata significativa soprattutto per quanto concerne l'utilizzo della tipologia formativa dal personale dirigente medico e dal comparto; le stesse aziende coinvolte unitamente ai fornitori delle piattaforme ne hanno tratto utili esperienze organizza-

tive e di coordinamento; le tipologie formative più specifiche hanno rilevato diversa partecipazione e quindi un dato, di preferenza, ancorato alla posizione operativa del discente; il personale compreso nel comparto ha privilegiato l'"autoistruzione con il tutor asincrono", mentre "l'aula virtuale" è stata più richiesta/partecipata dal personale compreso nell'area della dirigenza.

La sperimentazione ha, quindi, senz'altro fornito elementi utili di lettura che riguardano sostanzialmente la ragionevole valutazione di comprendere un sistema di e-learning nell'offerta formativa aziendale; la flessibilità di uno strumento che può, ragionevolmente, consentire l'utilizzo di contenuti interregionali; la possibilità di individuare un soggetto "terzo" che verifichi e valuti l'offerta formativa e la sua implementazione nel sistema sanitario, avendo un parametro di livelli essenziali di assistenza come quadro di riferimento oltre, naturalmente, al Piano Sanitario Nazionale e ai Piani Sanitari Regionali.

### LA FORMAZIONE TECNICO-SCIENTIFICA NEL PERCORSO PROFESSIONALE DEL MEDICO E DELL'INFERMIERE

È evidente che nel registrare gli interessi degli operatori sanitari al Programma di ECM, una successiva valutazione e analisi deve comprendere l'offerta formativa tecnico-scientifica che promuove quella specifica partecipazione da parte degli "addetti ai lavori".

Il riferimento riguarda un elemento predominante di partecipazione agli eventi formativi da parte degli infermieri e dei medici chirurghi.

I dati rilevati riportano che circa 22.000 eventi formativi hanno riguardato l'area infermieristica mentre oltre 85.000 hanno riguardato l'area

**Tabella 5 - Schema globale degli "Eventi accreditati" nel periodo 2002-2005**

Professioni	2002	2003	2004	2005	Totali
Infermiere (professionale e pediatrico)	3.184	7.779	8.312	3.378	22.653
Medico chirurgo Totale	12.364	28.174	34.592	11.474	86.604
<b>Totale complessivo</b>	<b>15.548</b>	<b>35.953</b>	<b>42.904</b>	<b>14.852</b>	<b>109.257</b>

Fonte: banca dati Ministero della Salute - Ufficio Formazione Continua 16/06/2005

medico chirurgica (Tab. 5).

Nei tre anni di esperienza di accreditamento di eventi formativi destinati agli infermieri e ai medici, è letteralmente triplicata l'offerta per entrambe le figure.

Ciò dimostra l'evidente interesse degli operatori alla specifica offerta e la conseguente risposta da parte degli organizzatori.

Oggi possiamo/dobbiamo, evidentemente, superare la valutazione del fenomeno ECM fine a se stesso e coniugarlo con le effettive esigenze del sistema salute (l'efficacia della Formazione Continua in Medicina).

#### **LA FORMAZIONE MANAGERIALE COME STRUMENTO PER PROMUOVERE RISULTATI DI QUALITÀ E COSTO**

Occorre, quindi, coinvolgere (manager) le migliori risorse a disposizione che si occupano e sono responsabili della gestione e dell'organizzazione del personale.

Ogni manager sa che con le risorse a disposizione (comprendo, naturalmente, quelle umane, strumentali ed economiche) deve saper raggiungere gli obiettivi individuati, strategici e non.

Non solo: deve essere in grado di superare le criticità presenti nell'organizzazione di riferimento e le eventuali implementazioni procedurali non previste.

Deve "risolvere" problemi.

A quale condizione riesce a soddisfare il mandato che gli è stato affidato?

Non ultima quella di poter contare su risorse umane aggiornate e motivate. Risorse umane consapevoli di essere "strumento operativo di eccellenza" quindi in grado di intervenire con consapevolezza, capacità, flessibilità in un sistema estremamente complesso come quello della salute.

Il manager, pertanto, può far leva utilmente sull'aggiornamento continuo in medicina (ECM) per superare criticità operative, mancanza di comunicazione, collegamenti di sistema con le risorse presenti sul territorio, necessità di procedere all'implementazione di nuovi protocolli di cura.

Tutto questo con il corretto utilizzo dello strumento "ECM".

Spesso mi trovo ad illustrare le opportunità che l'ECM consente di cogliere e sovente ricevo risposte che evidenziano la difficoltà di destinare risorse economiche all'aggiornamento continuo.

Se la perplessità ha un senso e cioè: è difficile stabilire l'utilizzo più opportuno delle risorse economiche a disposizione, mi chiedo se la stessa perplessità ricorre quando il manager deve prevedere nel bilancio i costi di manutenzione ordinaria o straordinaria delle apparecchiature strumentali!

Il paragone è evidentemente paradossale, ma è anche vero che l'ECM può essere utilmente considerato "attività di manutenzione" delle risorse umane e del loro potenziale operativo (se vogliamo ridurlo ad un banale costo per l'azienda e all'utilità che la sua destinazione comporta, prescindendo drammaticamente dall'elemento cul-

turale e di crescita della qualità del sistema salute) eticamente e socialmente molto più importante della “manutenzione delle risorse strumentali” perché stiamo parlando di risorse umane.

Il Programma di ECM è ormai giunto al termine del quinquennio sperimentale e deve necessariamente, oltre che trarre conclusioni e riflessioni sull’esperienza, evidenziare anche elementi di evoluzione che il Programma stesso deve testimoniare.

La sua evoluzione passa necessariamente attraverso l’accreditamento dei provider (che non significa necessariamente la mera trasformazione dall’organizzatore dell’evento al gestore della formazione continua) quale detentore del compito di un’offerta formativa di qualità.

Il concetto di qualità è insito nel processo organizzato e pianificato delle attività procedurali che tende, però, a migliorare i risultati. Per una corretta valutazione dei risultati non è, d’altronde, sufficiente la “misura” della qualità fine a se stessa, quanto l’efficacia del prodotto formativo nel sistema salute.

### STRUMENTI INNOVATIVI DELLA FORMAZIONE IN SANITÀ

Tra gli strumenti formativi di cui il programma si può avvalere è annoverata la Formazione a distanza (FAD).

La FAD rientra, anche, tra gli strumenti innovativi della formazione.

In generale, se la riconduciamo a esperienze tecnologiche interattive, di e-learning, la formazione a distanza può risolvere la lacuna di conoscenze specifiche e di ricerche articolate.

Non dimentichiamo che la FAD è anche edi-

toria, riviste, dispense contenenti veri e propri dispensari di aggiornamenti nei vari settori della salute e può essere utilizzata condizionandola ad altre forme di aggiornamento quali l’autoformazione, la formazione in aula, i role-playing.

La FAD offre diverse possibilità di progettazione didattico-formativa. Ad esempio, diramare i contenuti di linee guida ai professionisti interessati. In questo caso, potrebbe essere utile utilizzare preliminarmente la FAD (cartacea, c.d., e-learning interattivo, altro) per diramare ad un numero significativo di operatori sanitari il contenuto della stessa e la sua utilizzazione.

L’esperienza può essere seguita da un successivo periodo di autoformazione (penso in tal senso all’esperienza operativa presso l’ambulatorio o il reparto ospedaliero dove l’operatore è chiamato a compilare schede che descrivono in sintesi la effettiva applicazione delle linee guida e le difficoltà incontrate); si può procedere, poi, ad un momento di formazione residenziale dove, in gruppi pre-definiti, gli operatori si scambiano le reciproche esperienze e si confrontano.

Tutto questo, come accennato, può essere contenuto in un’offerta formativa che rientra nel futuro programma del provider e che riporti ad un sistema misto (blended) di trasmissione dell’aggiornamento continuo.

Possono essere ancora molti gli esempi che consentono di annoverare questo formidabile strumento (l’ECM) tra quelli più innovativi del nostro sistema salute, ma quello che deve essere principalmente sostenuto è che si tratta nel suo insieme di una grande scommessa culturale, per la crescita di un sistema organizzativo e gestionale, per una volta tutta italiana.

# Strumenti innovativi della formazione in sanità

di **Marco Bonamico**

Presidente FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere)

Direttore Generale FORMEZ (Centro di Formazione Studi)

24

monitor

La gestione delle risorse umane è una delle questioni più rilevanti tra quelle che concorrono al miglioramento delle attività pubbliche e, più in generale, ai processi di modernizzazione della Pubblica Amministrazione. In questo senso la formazione assume una valenza strategica e costituisce una variabile permanente di supporto per la riprogettazione degli assetti organizzativi, per l'aggiornamento continuo del personale e per la sua valorizzazione. Dal 2001 la cosiddetta Direttiva Frattini fornisce le linee guida per promuovere nella PA la realizzazione di un'efficace programmazione di attività formative. Secondo la Direttiva, le attività formative devono rispondere a standard elevati di qualità e assicurare il controllo del raggiungimento degli obiettivi di crescita professionale dei dipendenti e il miglioramento dei servizi resi.

Nel settore della sanità, in particolare, l'aggiornamento del personale sanitario è assunto, negli ultimi anni, ad una posizione di rilievo nell'ambito del processo di trasformazione che ha investito il settore, sia rispetto all'introduzione di nuovi modelli organizzativi connessi alla realizzazione del processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, sia rispetto ai destinatari dell'atto medico (i pazienti) passati dalla tradizionale posizione di soggetti passivi a soggetti partecipi del processo diagnostico e terapeutico.

Alla base del processo formativo vi è il diritto del singolo operatore sanitario all'acquisizione di nuovi saperi in una prospettiva fortemente dinamica, che lo deve accompagnare nel corso della sua attività professionale. Il diritto all'aggiornamento permanente, infatti, costituisce per l'operatore il riconoscimento del suo valore, come singolo, delle sue esigenze e delle sue inclinazioni che devono trovare rispondenza nella programmazione e pianificazione delle attività formative da parte dell'ente dal quale dipende.

In tal senso, il diritto alla formazione sancisce il riconoscimento di un'esigenza individuale di arricchimento formativo in grado di valorizzare al meglio le caratteristiche di ciascuno e a soddisfarne, per quanto possibile, le aspettative.

Una formazione che risulti adeguata alle esigenze e alle inclinazioni dei singoli contribuisce, infatti, a rendere ciascuno maggiormente partecipe al proces-

so di miglioramento qualitativo del Servizio Sanitario Nazionale, riducendo i rischi di emarginazione che l'evoluzione scientifica e i cambiamenti organizzativi in atto possono comportare. La crescita culturale professionale, inoltre, è condizione necessaria per sviluppare il senso di appartenenza attiva al sistema.

Sulla base di tali considerazioni nel 2001 il Ministero della Salute ha avviato il programma di Educazione Continua in Medicina.

Considerato che il rapido e continuo sviluppo della medicina e, in generale, delle conoscenze biomediche, nonché l'accrescersi continuo delle innovazioni sia tecnologiche che organizzative, rendono sempre più difficile per il singolo operatore mantenere aggiornate le conoscenze teoriche, le abilità tecniche o manuali e le capacità comunicative e relazionali, il programma ECM è lo strumento per disciplinare il sistema delle attività formative promosse da Società Scientifiche, Società professionali, Aziende Ospedaliere o Strutture specificamente dedicate alla formazione, con lo scopo di mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori sanitari.

### **IL PROGETTO NAZIONALE DI SPERIMENTAZIONE E-LEARNING NELLE AZIENDE SANITARIE**

In tema di strumenti innovativi nel campo della formazione, la FIASO ha sperimentato, per conto del Ministero, un progetto nazionale e-learning nelle Aziende Sanitarie (FAD). L'obiettivo era quello di verificare lo stato di sviluppo della formazione a distanza in medicina, utilizzando le opportunità offerte dalle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione e verificarne l'applicabilità su larga scala nel Servizio sanitario nazionale.

Il progetto, disciplinato da una convenzione tra il Ministero della Salute, FIASO e Federsanità ANCI, e condotto sotto il monitoraggio di un Comitato Paritetico Scientifico composto da rappresentanti del Ministero della Salute e delle due Federazioni, ha sviluppato la sua fase erogativa nel periodo novembre 2004/marzo 2005.

Dopo una complessa preparazione dedicata alla definizione del catalogo dei corsi e al loro "adattamento informatico", alla selezione delle Aziende Sanitarie, alla selezione delle piattaforme informatiche e alla messa a punto del modello organizzativo, il progetto ha coinvolto ben 41 Aziende Sanitarie distribuite su pressoché tutto il territorio nazionale e 9.091 operatori.

La sperimentazione ha consentito la messa a punto di un modello, applicabile e riproducibile su scala nazionale, consentendo di valutare nel contempo:

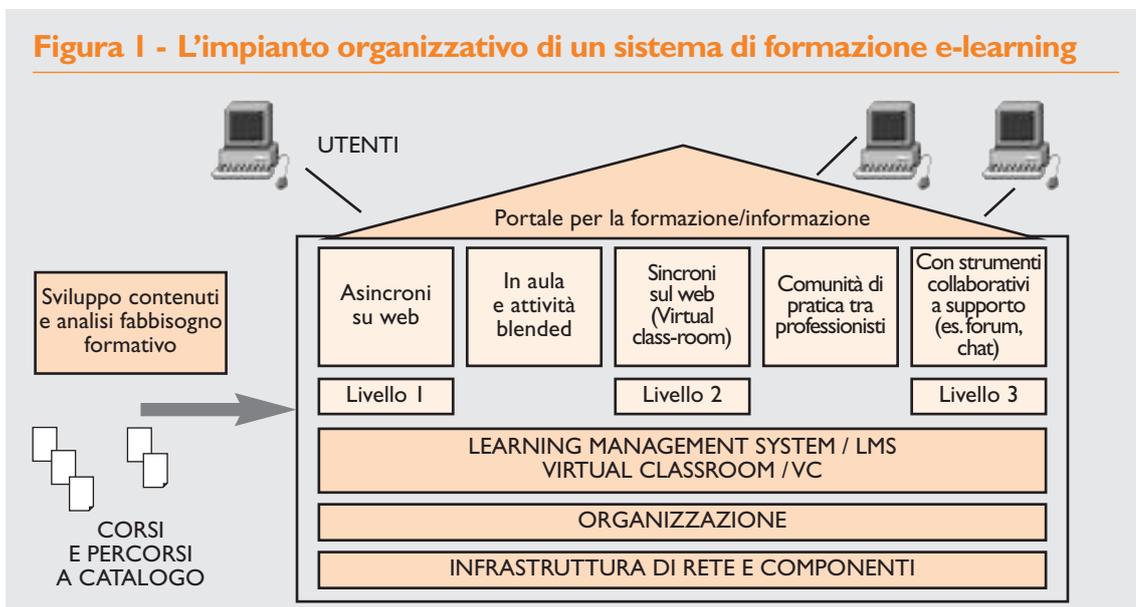
- il grado di confidenza degli operatori verso le nuove tecnologie;
- la possibilità d'incrementare l'offerta formativa ECM in ambito aziendale;
- la possibilità di ridurre i costi della formazione;
- i problemi tecnici e organizzativi che a livello aziendale si presentano con l'introduzione della FAD;
- la disponibilità degli operatori a formarsi in orario diverso da quello di servizio.

### **IL MODELLO STRUTTURALE ORGANIZZATIVO SPERIMENTATO**

Il modello organizzativo e metodologico è schematicamente riprodotto nella figura 1.

Un'importante componente del modello di erogazione è costituita dall'infrastruttura. L'infrastruttura del modello è rappresentata dal network delle singole Aziende sperimentatrici e del

**Figura 1 - L'impianto organizzativo di un sistema di formazione e-learning**



Centro di Coordinamento, dalle relative risorse umane e tecniche, dal servizio ASP erogato dal fornitore del corso. Si è optato per un'integrazione delle infrastrutture esistenti con un servizio ASP per la soluzione e-learning. La soluzione adottata ha consentito di testare la formazione in modalità e-learning con il minor impatto sui sistemi formativi aziendali. L'infrastruttura in ASP ha fatto leva su internet e ha consentito di raggiungere la piattaforma da ogni accesso, fatti salvi gli opportuni sistemi di sicurezza.

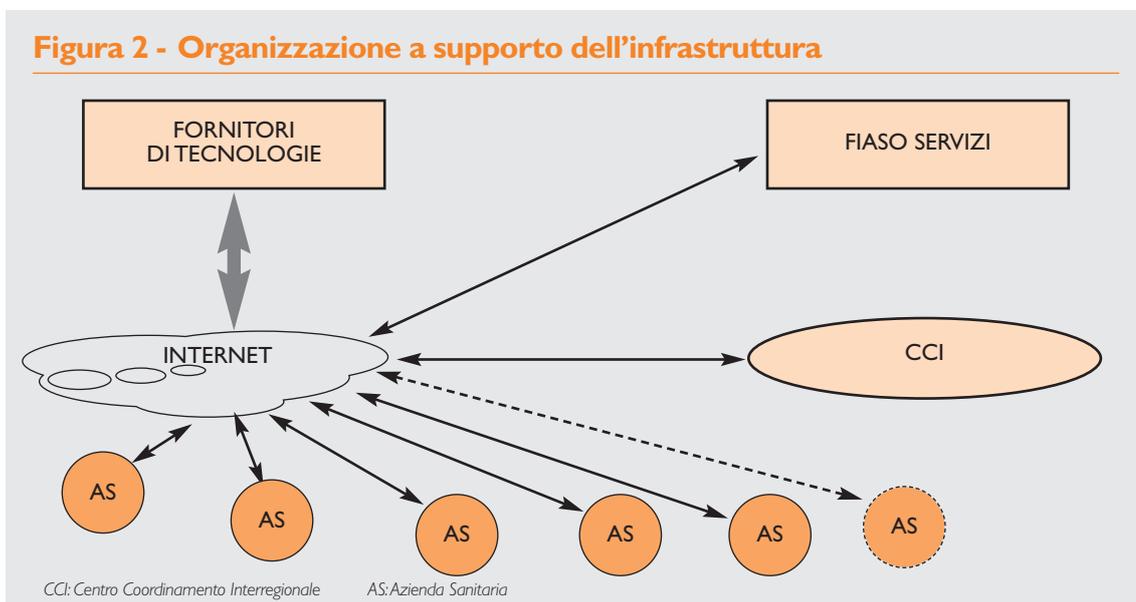
La figura 2 illustra le componenti organizzative a supporto dell'infrastruttura tecnologica.

Per ogni area di riferimento geografica (Nord, Centro, Sud, Isole) sono state selezionate – con gara europea – quattro piattaforme tecnologiche per la fornitura dei servizi informatici necessari, l'erogazione di consulenza organizzativa e il supporto all'erogazione della formazione a distanza.

Le piattaforme selezionate sono state:

- Italdata S.p.A. Gruppo Siemens per l'area Nord;

**Figura 2 - Organizzazione a supporto dell'infrastruttura**



- Poliedra Progetti Integrati S.p.A. per l'area Centro;
- Telespazio S.p.A. (RTI) per l'area Sud;
- Elea S.p.A. Gruppo De Agostini per l'area Isole.

### IL MODELLO FUNZIONALE

Il modello funzionale della sperimentazione (Fig. 3) ha visto un centro d'erogazione, con una specifica piattaforma per ogni area e quindi per ogni Centro di Coordinamento Interregionale (CCI). A livello di Azienda (AS) è stata prevista la gestione e l'erogazione della formazione, nonché un help desk tecnico.

### PRINCIPALI CONSIDERAZIONI

Il progetto rappresenta un'innovativa e significativa esperienza ufficiale su scala nazionale di e-learning per l'alto numero di Aziende Sanitarie interessate, ognuna delle quali con cultura organizzativa e capacità progettuale diverse, e di professionalità presenti all'interno delle varie Aziende Sanitarie, Ospedaliere e IRCCS. Un progetto che ha attraversato, quindi, in modo verticale e orizzontale il mondo

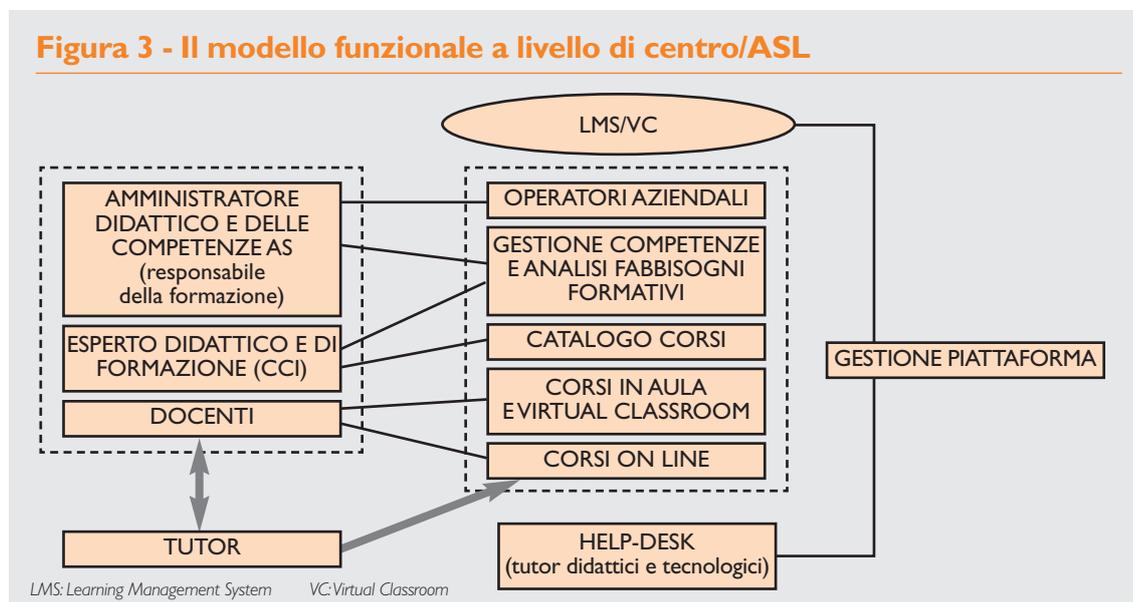
degli operatori sanitari e che, pertanto, consente di formulare alcune valutazioni di carattere generale utili per prefigurare un moderno modello di formazione.

Si sono registrati complessivamente sulle quattro piattaforme 9.091 operatori, di cui circa un 50% nell'area nord, circa un 20% nell'area centro, un 17% nell'area sud e il restante 13% nell'area isole. Rispetto all'obiettivo previsto di 10.000 operatori da coinvolgere, si rileva con estrema soddisfazione che esso può dichiararsi raggiunto al 91%.

La tabella 1 presenta il quadro riepilogativo delle registrazioni ai corsi sulle quattro piattaforme per categoria professionale e area geografica; la tabella 2 presenta l'articolazione delle iscrizioni per area geografica e per livello tecnologico (livello 1: Autoistruzione con tutor asincrono; livello 2: Classi on line asincrono; livello 3: Aula virtuale).

Si può notare come i primi dieci corsi più richiesti (con l'eccezione di quello sul rischio biologico) appartengono tutti ad aree trasversali e gestionali (Tab. 3). Dall'ordine di adesione ai corsi, si possono trarre alcune considerazioni: il fab-

**Figura 3 - Il modello funzionale a livello di centro/ASL**



bisogno primario riguarda la formazione su tematiche di governo del sistema per le quali si riscontra un'offerta carente all'interno delle Aziende; i temi gestionali e trasversali sono considerati dagli operatori più adatti ad essere trattati in modalità e-learning.

Un dato significativo è quello relativo all'an-

zianità di servizio dei partecipanti. Infatti, da essa si può comprendere il grado di confidenza degli operatori con tecnologie formative innovative come l'e-learning. In merito, si rileva che le classi di anzianità maggiormente rappresentate nella sperimentazione sono quelle comprese tra gli 11 e i 30 anni. Un discreto interesse si mani-

### Tabella 1 - Iscrizioni ai corsi

	Area Dirigenza	Area Comparto	Totale
Nord	1.692	2.934	4.626
Centro	667	1.089	1.756
Sud	959	476	1.435
Isole	803	471	1.274
<b>Totale</b>	<b>4.121</b>	<b>4.970</b>	<b>9.091</b>

Fonte: Fiaso e Federsanità Anci, Maggio 2005

### Tabella 2 - Articolazione delle iscrizioni ai corsi per livello

	Utenti Registrati	Iscrizioni Corsi Livello 1	Iscrizioni Corsi Livello 2	Iscrizioni Corsi Livello 3	Iscrizioni Corsi Totale
Nord	4.626	8.895	578	133	9.606
Centro	1.756	4.123	177	76	4.376
Sud	1.435	2.292	399	324	3.015
Isole	1.274	411	ND		411
<b>Totale</b>	<b>9.091</b>	<b>15.721</b>	<b>1.154</b>	<b>533</b>	<b>17.408</b>

Fonte: Fiaso e Federsanità Anci, Maggio 2005

### Tabella 3 - Primi 10 corsi del livello 1 per numero di iscritti

Titolo del corso	Durata	Area Nord	Area Centro	Area Sud	Area Isole	Totale
Operare con procedure	12 ore	1.223	760	376	63	2.422
Funzioni di base di Excel 2002	4 ore	1.011	289	1	22	1.323
Inglese corso base 1 (True Beginners)	20 ore	353	816	N/D	112	1.281
Creazione di presentazioni con PowerPoint 2002	5 ore	880	292	2	21	1.195
Testo unico per la privacy nella sanità	6 ore	387	114	573	59	1.133
Ascoltare, influenzare e gestire situazioni difficili	4 ore	758	123	190	12	1.083
Inglese corso base 2 (Beginner)	20 ore	320	557	N/D	26	903
Il medico e il management: la qualità nelle Aziende Sanitarie	8 ore	194	70	508	10	782
Principi di budgeting	7 ore	317	63	377	N/D	757
Rischio Biologico	6,5 ore	567	153	3	9	732
<b>Totale</b>		<b>6.010</b>	<b>3.237</b>	<b>2.030</b>	<b>334</b>	<b>11.611</b>
Incidenza su iscrizioni di livello 1		68%	79%	89%	81%	74%
<b>Totale Livello 1</b>		<b>8.895</b>	<b>4.123</b>	<b>2.292</b>	<b>411</b>	<b>15.721</b>

Fonte: Fiaso e Federsanità Anci, Maggio 2005

fešta per coloro che appartengono alle classi di minore anzianità di servizio, il massimo della partecipazione si sperimenta tra i 21 e i 30 anni di anzianità, con un calo di interesse evidente per coloro che hanno dai 31 ai 40 anni di anzianità di servizio.

Infine, estremamente importante per comprendere le potenzialità della tecnologia e-learning nel favorire l'accesso alla formazione è l'analisi della distribuzione degli accessi alle piattaforme da parte dei discenti per fascia oraria e giorno della settimana, per ciascuna categoria professionale.

La fascia oraria che presenta il maggior numero di accessi per tutte le categorie professionali è quella che va dalle ore 8 alle 14. Ciò presuppone che si tende a fruire della formazione, in ogni caso, durante l'orario di servizio. La seconda fascia per numerosità è quella dalle ore 14 alle 20 (secondo turno lavorativo). Quanto ai giorni della settimana la distribuzione degli accessi si concentra dal martedì al giovedì. Numero significativo di accessi si hanno anche il sabato e la domenica per due categorie in particolare, quella dei tecnici sanitari e quella degli infermieri. L'interpretazione da dare in tal caso sembra essere quella di una maggiore presenza di queste figure professionali nel week-end.

Risultato particolarmente significativo della sperimentazione è che essa ha permesso di verificare una sostanziale disponibilità degli operatori a fruire dei corsi durante tutto l'arco della giornata (dalle 8 alle 20) e di tutta la settimana.

Dall'analisi dei questionari erogati alle aziende sperimentatrici e agli operatori emerge in maniera inequivocabile un notevole interesse verso questa modalità d'aggiornamento ed un

elevato grado di collaborazione nel superare le difficoltà organizzative.

Sul piano della comunicazione, l'esperienza ha consentito alle aziende e agli operatori di utilizzare un linguaggio comune e, a questi ultimi, di "formarsi" sui medesimi corsi: si tratta di una ricaduta di estrema importanza per garantire omogeneità nei livelli di aggiornamento professionale degli operatori su tutto il territorio nazionale.

La sperimentazione è stata un'occasione proficua anche per valutare forme di collaborazione e di organizzazione su scala sovraziendale. Il coordinamento delle attività da parte dei Centri di coordinamento interregionali e delle piattaforme sul piano tecnico ha dimostrato che si può fare rete anche nel campo della formazione. La dimensione ottimale della rete va valutata di volta in volta in funzione del grado di specificità del corso. Si può ipotizzare una dimensione regionale per i corsi a minore complessità, mentre essa risulta sottostimata per quelli altamente specialistici.

In estrema sintesi si può concludere che la sperimentazione ha conseguito un buon risultato in quanto:

- a) ha riscontrato un'adesione pronta da parte degli operatori, anche se con una notevole differenza di partecipazione tra operatori della dirigenza medica e operatori del comparto;
- b) si è trattato di una esperienza significativa per le Aziende Sanitarie, i fornitori delle piattaforme e dei corsi, che per la prima volta hanno operato insieme, su larga scala con un numero elevato di discenti concentrati in un periodo limitato di tempo;
- c) l'esperienza ha dimostrato in modo ampio

- e incontrovertibile la validità e potenzialità dello strumento e-learning e la sua “facilità” d’uso (in orario di lavoro come al di fuori) e il gradimento dei discenti delle varie componenti professionali;
- d) è emerso con tutta evidenza, però, che si è ancora in una fase “pionieristica” della Fad in quanto sono poche le Asl con esperienza nel nuovo strumento formativo;
- e) l’iscrizione ai corsi è risultata buona su tutti e tre i livelli tecnologici (Auto-istruzione con tutor asincrono, Classi on line asincrono, Aula virtuale) con una maggiore attenzione del comparto per il primo livello e della dirigenza per il terzo;
- f) il gradimento complessivo dei corsi proposti è stato più che soddisfacente con una spiccata preferenza per le materie gestionali e trasversali. Dalle aziende partecipanti è stato segnalato l’interesse alla prosecuzione dell’esperienza, ovviamente con la proposta di nuovi corsi;
- g) le aziende sperimentatrici, pur con la nota carenza di organico dei servizi di formazione, hanno saputo reclutare i partecipanti in tempi rapidi, predisporre le necessarie tecnologie informatiche, formare i tutor, rapportarsi con i gestori di piattaforme e i centri di coordinamento. Pertanto, nel complesso hanno dimostrato che con qualche ulteriore sforzo e risorsa il sistema è in grado, se convenientemente coordinato e stimolato, di produrre formazione a distanza su larga scala e di soddisfare, in modo conveniente, i discenti anche nelle materie specialistiche.

Alla luce dell’esperienza maturata, si ritiene che un modello organizzativo per la formazione a distanza con impiego di tecnologie infor-

matiche e-learning dovrebbe essere sviluppato sui tre livelli che seguono:

### **1. Livello aziendale**

È il livello idoneo alla predisposizione dell’assessment tecnologico necessario, alla pianificazione degli interventi, alle attività di gestione e di erogazione dei corsi.

### **2. Livello interregionale**

L’esperienza dei Centri Interregionali di Coordinamento, maturata nella fase sperimentale, può essere mutuata prevedendo:

- un comitato di carattere tecnico-scientifico che comprenda le varie componenti professionali da formare e i responsabili della formazione e della programmazione sanitaria regionale;
- un soggetto gestore della formazione su scala regionale (società miste, consorzi regionali preposti alla formazione comprendenti Aziende Sanitarie, Regione, Università, ecc.) in grado di svolgere l’attività con flessibilità operativa;
- l’insieme delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere e IRCCS interessati a livello sovragionale che interagiscono per la programmazione, la predisposizione dei corsi e la messa a disposizione del personale docente e dei tutor.

### **3. Livello Nazionale**

Il modello sperimentato ha visto come soggetti gestori due Federazioni operanti a livello nazionale (Fiaso e Federsanità-Anci) e un soggetto attuatore (Fiaso Servizi S.r.l.).

Il ruolo svolto da detti organismi potrebbe essere assunto, in prospettiva, da una specifica Agenzia, espressione del mondo della sanità con il

compito, tra l'altro, di produrre corsi su materie di carattere generale (es. nell'area della prevenzione primaria o in aree specialistiche d'intesa con le Società medico-scientifiche di riferimento o altri soggetti istituzionali di rilievo nazionale).

Se la formazione, sia essa residenziale o a distanza, ha un innegabile valore nel processo di ammodernamento e di sviluppo della qualità nel settore sanitario, altrettanto valore deve rivestire la conoscenza degli innovativi strumenti di programmazione e gestione aziendale, fino ad oggi sconosciuti o largamente disapplicati nel settore della sanità.

I nuovi e moderni strumenti gestionali (l'analisi dei bisogni, la pianificazione degli interventi, la programmazione nell'impiego delle risorse, la verifica e il controllo di gestione), sono l'unica risorsa sulla quale puntare per risolvere i problemi attuali del Servizio Sanitario Nazionale e quello economico-finanziario in primo luogo. Introdurre le tecniche di marketing dei servizi appare oggi estremamente difficile non solo a livello aziendale, ma principalmente a livello regionale.

È però necessario creare una nuova visione

del mercato sanitario, e sottolineo il termine mercato, perché bisogna rendersi conto che le Aziende Sanitarie in molte realtà regionali rappresentano le maggiori e più rilevanti realtà economiche quanto a risorse umane, economiche e tecnologiche impiegate.

Dobbiamo concepire una sanità diversa che va governata e indirizzata con le moderne tecniche gestionali. Solo così si può pensare di contenere i costi sempre più ingenti, non solo per l'aumento dei prezzi delle nuove tecnologie ma anche e soprattutto per l'aumento continuo della richiesta di prestazioni da parte degli utenti per i noti processi d'invecchiamento della popolazione e di aumento delle cronicità.

È verso le innovative tecniche di management e di gestione dei sistemi complessi, della motivazione, dei meccanismi relazionali, che va, quindi, indirizzata l'attività formativa. Essa deve coinvolgere in primo luogo i vertici aziendali e regionali affinché si possa formare, a cascata, una forte cultura manageriale in tutti gli operatori del settore e ottenere, così, un reale innalzamento qualitativo del sistema.

# La formazione manageriale quale strumento per promuovere risultati di qualità e costo

di **Franco Cuccurullo**

Rettore dell'Università degli Studi di Chieti

32

monitor

L'obiettivo di queste brevi note è quello di stilare un rapido affresco della nascita e dell'affermarsi della formazione manageriale quale strumento rivolto agli operatori della sanità, per promuovere risultati di qualità e di costo.

In tale ambito saranno evidenziati i limiti, procedurali e istituzionali, che stanno minando il processo di omogeneizzazione e diffusione della nuova cultura manageriale nel panorama nazionale della sanità, nonché le prospettive di miglioramento.

Il nostro contributo si svilupperà secondo il percorso rappresentato nella Figura 1.

## LE PRESSIONI ECONOMICO-LEGISLATIVE

Il lento processo di costruzione della moneta unica europea ha comportato pressioni economiche che hanno obbligato il Paese a monitorare continuamente alcuni valori soglia, il cui avvicinamento ha reso necessarie diverse misure di razionalizzazione e contenimento graduale della finanza derivata dell'intero comparto delle pubbliche amministrazioni.

D'altro canto, la successiva introduzione della moneta unica europea ha reso possibile il confronto con realtà simili di altre nazioni, in ciò favoriti anche dalla previsione di nuovi modelli di governo (parte dei quali modulati sullo stampo di altri Paesi), di valori e comportamenti condivisi, di nuove politiche del mercato del lavoro.

In tale delicata fase di transizione, si sono innestate le prime pressioni legislative, sospinte dai tanti dettami che hanno richiesto l'attivazione di sistemi coordinati di programmazione, controllo e valutazione dell'operato delle Aziende sanitarie pubbliche.

In ambito sanitario, ciò ha segnato l'inizio della fase di declino della cultura dell'indigenza e del ripianamento dei disavanzi ad ogni costo, che aveva sino ad allora regnato e il lento affermarsi della cultura del management.

Il passaggio dal modello burocratico, incentrato sul controllo tecnico dei procedi-



menti, al modello manageriale, ha favorito l'affermazione di una nuova catena logica, che pone al vertice la qualità della prestazione e la soddisfazione del paziente, mentre alla base si intrecciano, in varia misura, processi di misurazione, valutazione e confronto dei risultati, volti all'ottimizzazione del rapporto tra risorse impiegate e servizi erogati.

Si è trattato, in sostanza, dell'avvio di una vera e propria rivoluzione culturale, tuttora in corso.

L'orientamento alla formazione manageriale per la promozione di risultati di qualità e di costo è stato incoraggiato dalla legislazione nazionale che, tramite il dettato legislativo di alcune riforme, ha spinto il SSN ad una convergenza diffusa verso il suo utilizzo.

Fra le diverse fonti di pressioni coercitive è possibile enumerare i Dlgs 502/92, 517/93, 29/93, 229/99 ed i DPCM 27/1/94 e 19/1/95, nonché le relative linee guida n. 2/95, senza peraltro dimenticare i PSN e i PSR, che si sono avvicendati negli ultimi tre lustri.

A titolo di esempio, si pensi all'impatto culturale prodotto dalla prescrizione che ascrive al Direttore Generale "il verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la

corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa".

Tale dettato, recato dall'art. 3, comma 6, del "vecchio" Dlgs 502/92 (e relative modifiche e integrazioni) ha schiuso le porte al servizio di controllo interno di cui all'art. 20 del Dlgs 29/93, che ha varato l'attivazione dei Nuclei di Valutazione.

Fra i tanti dettami legislativi degni di nota non può essere sottaciuto l'impulso che la previsione delle Carte dei Servizi Sanitari (DPCM 27/1/1994, DPCM 19/5/1995, Linee guida n. 2/95) ha impresso nel segnare il passaggio da una logica di tutela e di rivendicazione dei diritti ad una di soddisfazione dei pazienti, coinvolti e partecipi del processo di valutazione e miglioramento della qualità (fenomeno peraltro già attivato dagli artt. 10 e 14 del Dlgs 502/92).

Le su esposte riforme istituzionali hanno comportato l'introduzione di nuove logiche aziendali in sanità e lo sviluppo di modelli e strumenti organizzativo-contabili di chiara derivazione privatistica, orientando il relativo comportamento manageriale verso la razionalizzazione dei costi e delle risorse, indirizzandone al contempo il governo

verso un diffuso orientamento alla qualità.

In tale scenario, con l'art. 16-quinquies del Dlgs 229/99, la formazione manageriale è divenuta *“requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per l'esercizio delle funzioni dirigenziali di secondo livello per le categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi”*.

### IL TRAPIANTO DEL GENOMA MANAGERIALE

L'emanazione delle “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”, avvenuta tramite il citato Dlgs 229/99 ha, di fatto, “incoronato” la formazione manageriale, rendendo la conditio sine qua non per lo svolgimento di incarichi direzionali, sottolineandone altresì la funzione strumentale di accompagnamento degli operatori del SSN, nel delicato momento di rivoluzione culturale che continuava a coinvolgere il Servizio Sanitario Nazionale.

Al generale processo di “aziendalizzazione” della sanità è corrisposta, principalmente:

- a) una domanda di formazione manageriale mirata a diffondere competenze aggiuntive e sostitutive di quelle precedenti, in termini di azienda, contabilità, bilanci e controllo di gestione.

Ad essa si sono associate:

- b) la riforma della dirigenza, che ha assunto il ruolo di motore innovativo, attraverso una richiesta di competenze sempre più specifiche in termini di organizzazione e gestione del personale, programmazione strategica e/o direzionale, leadership e team-building, comunicazione e relazioni esterne;
- c) la diffusione dell'ICT (Information and Communication Technologies), che ha attivato una richiesta di competenze specifiche trasversa-

le a diversi gruppi di lavoro, in termini di informatica e telematica. Altri segmenti di domanda di formazione comune a tanti gruppi di operatori in sanità sono sicuramente ascrivibili a corsi sulla sicurezza e sull'ambiente di lavoro, oltre che sulla lingua inglese.

Alla prima fase legislativa, che ha indotto tante pressioni verso la futura costituzione di una nuova cultura manageriale in sanità, doveva sicuramente seguire una fase di diffusione delle competenze manageriali, ovvero di conoscenze omogenee e standardizzate, che riuscissero a coinvolgere il maggior numero di operatori, evitando fenomeni di isolamento e demotivazione del personale escluso dalle tendenze innovative.

Il processo di “trapianto” del genoma manageriale, concernente, in misura precipua, i delineati segmenti di domanda a) e b), ha registrato l'operare congiunto di diversi agenti del cambiamento, fra cui Università, Network Professionali, Società di Revisione e Certificazione, Organi Sovranazionali, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Osservatori, Ministero della Salute, nonché migliaia di agenzie formative sul territorio nazionale.

Il nuovo glossario degli operatori della sanità prevede l'efficace interiorizzazione di concetti importanti quali azienda, costi, budget, economicità, equilibri di bilancio, benchmarking, qualità, customer satisfaction, anche se, allo stato attuale, non vi è certezza che tali concetti siano stati omogeneamente interiorizzati e diffusi fra le mura sanitarie, al fine di promuovere gli auspicati risultati di qualità e di costo.

### LIMITI PROCEDURALI E ISTITUZIONALI

I limiti procedurali rinvenibili in quello che abbiamo denominato trapianto del genoma manageriale, sono sicuramente da ascrivere:

- d) alla mancanza di standardizzazione del linguaggio manageriale;
- e) al raggiungimento, di volta in volta, di piccoli target di operatori;
- f) alla mancanza di una procedura di sicuro incoraggiamento dell'1% del costo del personale all'effettiva formazione del personale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Per ciò che riguarda il primo punto, ovvero la frammentazione degli enti erogatori di formazione manageriale, esso si è tradotto in un trasferimento assai eterogeneo di competenze.

Concetti quali azienda, economicità, equilibri di bilancio, efficienza ed efficacia, benchmarking, si prestano ad interpretazioni anfibiologiche, se la comunità dei formatori e il linguaggio da loro utilizzato non sono omogenei, come sicuramente è avvenuto.

Alla mancanza di un linguaggio scientifico comune si è associata l'effettiva difficoltà di creare una metodologia uniforme per rilevare costi per struttura e livello di assistenza, attraverso i dati dei bilanci aziendali, i cui schemi e modelli in uso hanno manifestato palesi carenze informative, suggerendo la necessità di pervenire alla redazione di modelli di consolidamento inter- e infra-regionali.

Tali circostanze hanno reso particolarmente difficile il processo di integrazione e sostituzione delle competenze precedenti, con riguardo alla rilevazione dei costi, alla contabilità e al bilancio delle Aziende sanitarie pubbliche. L'importanza dell'argomento è tale che si stanno valutando possibili soluzioni di miglioramento, nell'ambito del "Mattoncino" della Sanità n. 14.

Il fenomeno di scarsa standardizzazione del linguaggio non è invece sicuramente estendibile al concetto di qualità, dove le norme ISO 9000 e VISION 2000 e i tanti awards (ad esempio, il Malcolm Baldrige National Quality Award e

l'European Quality Award) hanno plasmato efficacemente la cultura manageriale degli addetti ai lavori, in ciò favoriti sia dal paradigma emergente del Total Quality Management, diffuso ormai da molti anni da guru quali Juran, Crosby, Deming, Ishikawa, sia dalla presenza di cattedre di "Quality Improvement of Healthcare", attivate da decenni nelle migliori università del mondo.

L'obiettivo auspicato dal documento dell'OMS (1993) Salute per tutti nell'anno duemila "... entro l'anno Duemila in tutti gli Stati membri dovrebbero essere presenti strutture e processi diretti ad assicurare il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza", è molto più facilmente conseguibile della costruzione di una cultura manageriale omogenea, orientata alla razionalizzazione dei costi e all'efficienza, nel rispetto della qualità.

Un altro limite procedurale, collegabile al precedente, è dato dal fatto che la formazione manageriale, attualmente affidata a migliaia di enti erogatori sul territorio nazionale, coinvolge, di volta in volta, piccoli gruppi di operatori della sanità, onde massimizzare l'efficacia dell'azione didattica.

Ne deriva che il processo di interiorizzazione delle nuove competenze sia sempre in itinere, con discrasie temporali notevoli, riscontrabili facilmente non solo fra diverse aziende, o fra diverse Regioni, ma anche all'interno delle mura lavorative, fra operatori che svolgono quotidianamente gli stessi compiti.

Anche se ci siamo ormai rassegnati ad accettare che le riforme in sanità siano sempre più magmatiche e costellate di nuove bolle legislative, non è tollerabile che il processo di creazione delle nuove culture sia guidato con la didattica tradizionale e su piccoli gruppi, esitando in risultati disomogenei, non integrati e asincroni, su tutto il territorio nazionale.

L'ultimo limite procedurale, delineato al pun-

to f), è dato dalla mancanza di una procedura di sicuro ancoraggio dell'1% del costo del personale all'effettiva formazione dello stesso nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Il dettato legislativo aveva acutamente previsto che tale quota proporzionale fosse indirizzata alla spesa per attività formative ma, considerata anche la situazione di disfunzionalità di parecchie aziende, tale ammontare spesso non è consumato nella sua interezza e, qualora lo sia, usualmente viene dato minor rilievo alle tematiche manageriali, rispetto a quelle medico-scientifiche.

Accanto ai citati limiti procedurali esistono, purtroppo, dei limiti istituzionali, ascrivibili alle politiche di attrazione, valorizzazione e sviluppo del personale nelle pubbliche amministrazioni, le cui soluzioni sono allo studio dell'OECD nel progetto *Competitive Public Employer* (2001), lanciato per aiutare le pubbliche amministrazioni di 19 paesi ad innalzare la competitività del pubblico impiego e migliorare il grado di "professionalizzazione" di tutto il settore pubblico. Da esso è derivato il successivo progetto intitolato *Public Service as an Employer of Choice* (OECD, 2002).

I Paesi europei, in varia misura, stanno tutti avviando articolate riflessioni per rintracciare soluzioni attuabili e sostenibili, in grado di attrarre e trattenere personale di elevata professionalità nelle pubbliche amministrazioni.

Entrano in gioco fattori quali il recupero dell'immagine del settore pubblico, il miglioramento dell'ambiente di lavoro, l'aumento dei salari e degli incentivi, l'incremento delle possibilità di avanzamenti di carriera.

Il recupero di quest'ultimo fattore è stato già promosso nel PSN 2003-2005 nell'ambito del progetto 4, *Potenziare i fattori di sviluppo* (o "capitali") della sanità, dove è stato osservato che "la Pubblica Amministrazione, che gestisce la maggior parte dei

nostri ospedali, non rivolge sufficiente attenzione alla motivazione del personale e alla promozione della professionalità, e molti strumenti utilizzati a questo scopo dal privato le sono sconosciuti".

Per affrontare gli altri importanti fattori su elencati sono richiesti dei livelli macroeconomici, in un momento in cui la competitività dell'intero nostro Paese viene messa a dura prova nella sfida europea, ma è del tutto evidente che anche essi ostacolano, in diversa misura, il perseguimento di miglioramenti di risultati di qualità e di costo.

Ciò premesso, le possibili soluzioni che proveremo succintamente a delineare riguarderanno esclusivamente il superamento dei limiti "procedurali".

### POSSIBILI SOLUZIONI

Nel trattare il tema del trapianto di genoma manageriale in sanità è stato evidenziato come i principali limiti procedurali fossero ascrivibili alla mancanza di standardizzazione del linguaggio, nonché al raggiungimento di piccoli lotti di operatori per sede formativa. Entrambi i fenomeni sono frutto di una eccessiva frammentazione degli enti formativi, che fungono da veri e propri vettori del cambiamento, agendo però con modalità diverse e codici comunicativi diversi, quando interagiscono con gruppi di operatori di modesta numerosità.

In questa ottica, il futuro della formazione manageriale in sanità sembra legarsi indissolubilmente all'e-learning e agli Atenei telematici.

Nell'ultimo rapporto del Dipartimento per la Funzione Pubblica, concernente *Formazione e Sviluppo del Personale*, viene attestato che nell'intero campione di amministrazioni pubbliche locali intermedie e centrali monitorate nel 2003, comprensive anche di Aziende Sanitarie, solo l'1,9% del totale di ore di formazione complessivamente erogate è stato acquisito tramite e-learning e

video-conferenza.

Tale risultato, di certo non lusinghiero, impone di continuare a percorrere un cammino di rivoluzione culturale a lenta sedimentazione, prima che la maggior parte delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere si avvalgano di questa metodologia didattica, ma è ovvio che se si vuole raggiungere “contemporaneamente” un target più “numeroso” di destinatari, l’unica via percorribile sembra questa.

Tale opportunità era stata peraltro favorita dalla Direttiva del Dipartimento per la Funzione Pubblica, rivolta alla *Formazione e valorizzazione del personale nelle pubbliche amministrazioni* (G.U. n. 26 del 31/01/02), nella quale si dichiarava che “...l’impiego delle metodologie di formazione a distanza potrà consentire di ampliare il numero dei destinatari e realizzare una formazione ... che garantisca livelli minimi di conoscenze”.

Considerata la dimensione del dato numerico e la scarsa diffusione iniziale delle necessarie disponibilità e competenze tecnologiche, la fase attuativa ha stentato a decollare. Tuttavia, con l’avvento nel Paese delle prime Università Telematiche, tutto lascia presagire che si stia assistendo ad un fenomeno ongoing, che stenterà ancora diversi anni prima di esplodere, ma che sembra costituire l’unica via percorribile per aumentare contemporaneamente il numero dei destinatari e il volume della formazione, sopperendo al fenomeno negativo dell’eccessiva frammentazione degli erogatori e alla mancanza di standardizzazione dei linguaggi.

L’ultimo elemento, che potrebbe risolvere il terzo limite procedurale evidenziato e fungere da collante alle soluzioni appena prospettate, è dato dal lancio di un programma nazionale di *Management Continuing Education*, che possa coinvolgere il personale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere con modalità tutte da stabilire, ma che riesca a dare maggior rilievo all’importanza e alla conti-

nuità della formazione manageriale, selezionandone gli erogatori e obbligando le aziende del SSN a finalizzare annualmente allo scopo una percentuale del costo del personale.

### CONCLUSIONI

La chiave di lettura appena tracciata, nonostante la necessaria concisione espositiva, offre lo spunto per sottolineare che la parte delle riforme sanitarie orientata alla managerializzazione è destinata a ritardare il proprio spin-off benefico, senza la diffusione omogenea nel panorama nazionale delle relative competenze, necessarie per il conseguimento degli auspicati risultati di qualità e di costo.

La cosiddetta rivoluzione manageriale non ha ancora prodotto i risultati attesi, rimandando quindi al futuro la conquista dei traguardi ipotizzati, quando sarà completata la piena sedimentazione della strumentazione contabile di tipo direzionale e della cultura manageriale sottostante, la cui mancata assimilazione continua a minare il governo delle Aziende Sanitarie pubbliche.

La diffusione pervasiva della cultura d’impresa costituisce la problematica più seria, unanimemente riconosciuta dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e l’indispensabile formazione manageriale ad hoc richiede lo sforzo sinergico di molteplici agenti del cambiamento, in uno scenario che per troppi anni è parso refrattario alle innovazioni.

Il processo di apprendimento manageriale è il “tallone di Achille” delle politiche sanitarie: gli organi politici, i sindacati, i manager e, certamente non ultimi, i membri della comunità scientifico-academica hanno il dovere di impegnarsi nella costante ricerca di strategie adeguate a favorirne la diffusione, consapevoli che nessuna azienda potrà mai cambiare più velocemente dei propri operatori.

# La formazione universitaria nell'area medico-sanitaria: un modello competitivo verso l'Europa

di **Luigi Frati\*** e **Eugenio Gaudio\*\*** - Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

\* Prorettore - Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Roma La Sapienza

\*\* Vice Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Roma La Sapienza

38

monitor

L'ordinamento didattico "monolitico" della Facoltà di Medicina e Chirurgia con un corrispondente Corso di Laurea, modificato con la Riforma Gentile, è stato compreso negli ordinamenti tabellari (Tabella XVIII) annessi al Regio Decreto 28 novembre 1935 n. 2044. Si trattava di un modello centrato sull'autorevolezza del docente e sull'importanza delle discipline, non a caso distinte in biennali, annuali e semestrali e poi in fondamentali e complementari. Gli insegnamenti fondamentali con relativi esami erano 21. Biennali quelli più importanti: anatomia, fisiologia, patologia generale, anatomia patologica, patologia medica e chirurgica, clinica medica e chirurgica; gli altri annuali o semestrali, questi ultimi relativi a quelle che erano definite "clinichette". Si dovevano sostenere anche 3 esami complementari, scelti tra quelli attivati. Erano complementari gli insegnamenti di microbiologia, chimica biologica e radiologia (divengono fondamentali con la Legge 3 novembre 1952, n. 1787) e, inoltre, tra gli altri, istologia ed embriologia medica, semeiotica medica, malattie infettive, medicina del lavoro, psicologia, clinica ortopedica, urologia. Questo modello formativo era basato sulla figura ieratica del maestro e del suo ipse dixit, importante quando si trattava in effetti di maestro-autorevolezza, disastriante quando il tutto si riduceva a mera autorità di posizione.

Nel 1980, con l'istituzione del Consiglio Universitario Nazionale, si avvia un processo complessivo di riforma, che ha visto gli autori di questo articolo protagonisti a vario titolo di una evoluzione che ha portato sempre più lo studente al centro del sistema formativo e la valorizzazione della ricerca scientifica come substrato di una buona didattica. Questa diversa concezione pedagogica ha riguardato tutto il complesso formativo medico-sanitario, diversificando percorsi e titoli conseguibili: già nel 1981 si realizza la prima diversificazione dei percorsi formativi "a ciclo unico europeo" (Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e neo-istituito Corso di Laurea in Odontoiatria e protesi den-

taria) e poi, dal 1991, si ha la progressiva collocazione in ambito universitario della formazione di tutte le professioni sanitarie.

Il 10 aprile 1986 segna una tappa fondamentale nella revisione degli ordinamenti didattici: il nuovo Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (DPR 95/1986) viene pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale: numero programmato, didattica per obiettivi formativi e di apprendimento teorici, pratici e comportamentali (centralità dello studente: sapere, saper fare, saper essere), didattica per corsi integrati tenuti da più docenti coordinati tra loro (con abolizione della distinzione tra materie fondamentali e materie complementari), suddivisione del piano formativo in ore minime di apprendimento per ciascun corso integrato con tempo pieno dello studente furono i cardini della riforma. La riforma seguiva alcune innovazioni didattiche particolarmente positive (Università di Lovanio, Leuven e Bruxelles in Belgio; Università di Utrecht e di Maastricht in Olanda; MacMaster University in Canada) e il modello italiano veniva infine adottato dall'Advisory Committee on Medical Training della CEE (Undergraduate Medical Education Committee).

### LA FORMAZIONE UNIVERSITARIA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE

La seconda rivoluzione pedagogico-formativa deriva dalla Legge 19 novembre 1990 n. 341 (Riforma degli ordinamenti didattici universitari), che ha consentito di istituire percorsi universitari triennali in tutte le Facoltà (Corsi di Diploma universitario), abolendo le Scuole dirette a fini speciali (ad es. le Scuole di Ostetricia annesse alle Cliniche Ostetrico-ginecologiche). La legge stabilisce che i Corsi di diploma si svolgano nelle Facoltà con durata di 2-3 an-

ni con obiettivi formativi finalizzati a “specifiche aree professionali” (art. 2, comma 1) e dispone che entro due anni siano rivisti gli ordinamenti didattici nel rispetto della normativa comunitaria (art. 9). Le professioni sanitarie da tempo chiedevano di uscire dal sistema formativo regionale e di adeguare il livello formativo a quanto stava avvenendo in Europa: l'assenza negli ospedali sede di Scuole di docenti qualificati nelle discipline più formative (anatomia, biochimica, fisiologia, patologia generale, farmacologia) faceva sì che in questi settori l'insegnamento fosse svolto da docenti di ripiego, con grave danno per la qualità del processo formativo. La Legge 341 offriva l'opportunità di rompere questa spirale perversa. Nell'A.A. 1991/92 venivano istituiti presso l'Università di Roma La Sapienza i primi Corsi di Diploma per le professioni sanitarie (Infermiere, Tecnico della riabilitazione, Tecnico di laboratorio) e poco dopo anche il Ministero della Sanità riconosceva la necessità di questo nuovo percorso: l'art. 6, comma 3 del decreto legislativo n. 502/1992 estendeva il nuovo percorso formativo (Diploma universitario) a tutte le professioni sanitarie. Per la verità la legge di delega (art. 1 della Legge n. 421/1992) e la norma delegata sono alquanto bizzarre nello stabilire che “... *va peraltro regolamentato il rapporto tra servizio sanitario ed università per la formazione in ambito ospedaliero del personale sanitario e per la specializzazione post-laurea*” (L. 421), precisando che “di norma” ad insegnare debbano essere i medici ospedalieri. Nulla si diceva rispetto al “saper fare”, che costituisce un aspetto particolare nell'addestramento professionale (la normativa comunitaria è particolarmente attenta a questo aspetto). La lacuna è stata colmata con l'adozione del modello pedagogico del Corso di Laurea in Medi-

cina e Chirurgia (numero programmato, didattica in semestri e corsi integrati, ore minime-crediti formativi), con l'aggiunta normativa del tirocinio, il cui coordinamento veniva affidato ad un docente della professione con il più alto livello formativo nella stessa. Il decreto interministeriale Università-Sanità del 24 luglio 1996 ha esteso questo modello formativo "europeo" a 16 professioni sanitarie: è la svolta definitiva, che concilia gli obiettivi di formazione del principale "committente" (il Servizio Sanitario Nazionale), che indica con atti del Ministro della Sanità la tipologia delle professioni e il relativo profilo professionale (di infermiere, ostetrica, dietista, tecnico della riabilitazione, tecnico di laboratorio o di radiologia, ecc.) e con atti condivisi Ministero dell'Università-Ministero della Sanità le modalità formative, sulla base della tipologia didattica presente nei primi Corsi di Diploma universitario di area sanitaria, istituiti per effetto della Legge 341/1990.

Questa collocazione in ambito universitario ha avuto come logica conseguenza quella di comprendere definitivamente le professioni sanitarie nell'ambito delle professioni intellettuali (sapere) a contenuto effettuale (saper fare): per questo la Legge 26 febbraio 1999 n. 42 ha abolito per le professioni sanitarie il termine "ausiliario" e le ha collocate all'interno di una professionalità autonoma e definita, come già detto dai decreti ministeriali che stabiliscono il profilo professionale (Ministero della Sanità) e da un percorso formativo universitario (decreto interministeriale MIUR-Sanità). Con la legge n. 42/1999 le professioni sanitarie rientrano dunque tra le professioni intellettuali a forte contenuto pratico e naturalmente coordinate con le attività proprie del medico e del medico specialista: il concetto è rafforzato dalla Legge 10

agosto 2000 n. 251 e dal successivo decreto del Ministro della Sanità 2 aprile 2001, che istituiscono la categoria professionale delle professioni sanitarie (suddivise in settori: dell'assistenza diretta, della riabilitazione, delle professioni tecniche, della prevenzione), che possono assumere funzioni dirigenziali nel ruolo sanitario (coordinamento della specifica area professionale), avendo conseguito il diploma di laurea biennale di II livello, dopo un'attività di servizio di almeno 5 anni. Si tratta di un modello anche questo anticipato dagli ordinamenti universitari nell'area infermieristica, nella quale da anni al diploma triennale post-maturità (scuole regionali o corsi universitari) segue una Scuola diretta a fini speciali, biennale, per docenti e dirigenti dell'assistenza infermieristica, attiva in molte sedi (Milano, Roma, Roma Cattolica, L'Aquila, per citare le più "antiche"). Infine la legge 8 gennaio 2002 n. 1 disciplina l'accesso alla laurea biennale specialistica (post corso di laurea triennale, introdotta con il DM 509/1999 a modifica dei precedenti Corsi di Diploma Universitario) ai master e ai corsi di alta formazione.

### **IL MODELLO PEDAGOGICO DELL'AREA MEDICO-SANITARIA VIENE ADOTTATO DALLE ALTRE AREE FORMATIVE**

Il DM 3 novembre 1999 n. 509 (*Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei*) finalmente adegua anche il linguaggio a criteri pedagogici, stabilendo che i corsi di studio universitari debbano prevedere negli ordinamenti i crediti formativi universitari (CFU) (unità di studio ritenute necessarie per l'apprendimento di un segmento del corso), che rappresentano "la misura del volume di lavoro di apprendimento richiesto ad uno studente in possesso di adeguata preparazione iniziale per l'acquisizione

*di conoscenze e abilità nelle attività formative previste dagli ordinamenti didattici dei corsi di studio*" (art. 1, comma 1, lettera l).

All'interno dei corsi è definita la suddivisione dei crediti e dei tempi didattici nelle diverse forme di attività di insegnamento, che diventano istituzionalmente articolate in diverse modalità, per raggiungere i diversi obiettivi didattici. Si definisce "Lezione ex-cathedra" la trattazione di uno specifico argomento identificato da un titolo e facente parte del curriculum formativo previsto per il Corso di Studio, effettuata da un Professore o Ricercatore Universitario, sulla base di un calendario predefinito, e impartita agli studenti regolarmente iscritti ad un determinato anno di corso, anche suddivisi in piccoli gruppi. Il "Seminario" è un'attività didattica che ha le stesse caratteristiche della Lezione ex-cathedra ma è svolta in contemporanea da più docenti, anche di ambiti disciplinari (o con competenze) diversi e, come tale, viene annotata nel registro delle lezioni. Vengono riconosciute come attività seminariali anche le Conferenze clinico-patologiche eventualmente istituite nell'ambito degli insegnamenti clinici. Le attività seminariali possono essere inter-universitarie e realizzate sotto forma di videoconferenze. Le attività di Didattica Tutoriale costituiscono una forma di didattica interattiva indirizzata ad un piccolo gruppo di studenti; tale attività didattica è coordinata da un Docente-Tutore, il cui compito è quello di facilitare gli studenti a lui affidati nell'acquisizione di conoscenze, abilità, modelli comportamentali, cioè di competenze utili all'esercizio della professione. L'apprendimento tutoriale avviene prevalentemente attraverso gli stimoli derivanti dall'analisi dei problemi, attraverso la mobilitazione delle competenze metodologiche richieste per la

loro soluzione e per l'assunzione di decisioni, nonché mediante l'effettuazione diretta e personale di azioni (gestuali e relazionali) nel contesto di esercitazioni pratiche e/o di internati in ambienti clinici, in laboratori, ecc. Il Corso di laurea inoltre organizza l'offerta di attività didattiche opzionali, realizzabili con lezioni ex-cathedra, seminari, corsi interattivi a piccoli gruppi, attività non coordinate oppure collegate in "percorsi didattici omogenei", fra i quali lo studente esercita la propria personale opzione, fino al conseguimento di un numero complessivo di 15 CFU.

La principale novità, con l'applicazione della Riforma del DM 519/77, per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, è legata all'introduzione, all'interno dei sei anni di corso, della professionalizzazione del futuro medico. Infatti, durante le fasi dell'insegnamento clinico lo studente è tenuto ad acquisire specifiche professionalità nel campo della medicina interna, della chirurgia generale, della pediatria, dell'ostetricia e ginecologia, nonché delle specialità medico-chirurgiche. A tale scopo, lo studente dovrà svolgere attività formative professionalizzanti frequentando le strutture assistenziali per un numero complessivo di almeno 60 CFU.

Il tirocinio obbligatorio è una forma di attività didattica tutoriale che comporta per lo studente l'esecuzione di attività pratiche con ampi gradi di autonomia, a simulazione dell'attività svolta a livello professionale. In ogni fase del tirocinio obbligatorio lo studente è tenuto ad operare sotto il controllo diretto di un Docente-Tutore. Le funzioni didattiche del Docente-Tutore, al quale sono affidati studenti che svolgono l'attività di tirocinio obbligatorio, sono le stesse previste per la Didattica tutoriale svolta nell'ambito dei corsi di insegnamento. La com-

petenza clinica acquisita con le attività formative professionalizzanti è sottoposta a valutazione nell'ambito dell'attribuzione del voto dell'esame finale del corso che ha organizzato le rispettive attività formative professionalizzanti. Infine, lo studente ha a disposizione 15 CFU da dedicare alla preparazione della tesi di laurea e della prova finale di esame.

### LA REVISIONE DEI TITOLI DI STUDIO CONSEGUIBILI

Il DM 22 ottobre 2004 n. 270, pubblicato sulla G.U. n. 266 del 12.11.2004, contiene la nuova riforma degli ordinamenti didattici delle Università, modificando la precedente riforma del 1999. In esso sono contenuti i criteri generali per l'ordinamento degli studi universitari e sono ridefinite le tipologie di Corsi con i relativi titoli rilasciati dalle Università, secondo il seguente schema:

- a) Laurea (L), che dà diritto al titolo di Dottore;
- b) Laurea Magistrale (LM) – oggi Laurea Specialistica – che dà diritto al titolo di Dottore Magistrale (anche a chi ha conseguito la laurea pre-509/99);
- c) Diploma di Specializzazione (DS), post-laurea;
- d) Dottorato di Ricerca (DR), che dà diritto al titolo di Dottore di Ricerca.

Lo studente, per ogni anno di studio, dovrà svolgere una quantità di lavoro pari a 60 CFU, secondo la seguente tabella:

- a) per la Laurea (L) = 3 aa., per 180 CFU;
- b) per la Laurea Magistrale (LM) = 2 aa., per ulteriori 120 CFU;
- c) per il Diploma di Specializzazione (DS), la durata viene definita dai DM di istituzione, in accordo con la CE;

d) per il Dottorato di ricerca (DR), la durata oltre la Laurea o la Laurea Magistrale è prevista dal decreto di istituzione, per non meno di 60 CFU.

Il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia è confermato quale Corso esennale “europeo” a ciclo unico. Il Decreto specifica, come obiettivo principale, che il Corso di Laurea deve assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, anche nel caso in cui sia orientato all'acquisizione di specifiche conoscenze professionali. Viene quindi rigettata una impostazione eccessivamente professionalizzante, che aveva portato al rischio di un importante ridimensionamento del ruolo formativo generale dei Corsi di Studio universitari: la formazione più squisitamente professionale dovrà avere come obiettivo l'inserimento nel mondo del lavoro e la preparazione all'esercizio delle attività professionali, secondo gli standard nazionali e comunitari.

I corsi specificatamente rivolti alle professioni dovranno prevedere attività formative (stages) presso imprese, enti e Ordini e Collegi professionali (nel caso delle professioni sanitarie: ospedali, ambulatori territoriali, ecc.) e si potranno prevedere per i “Corsi” (classi) “preordinati all'accesso alle attività professionali” vincoli ancora più elevati.

L'obiettivo della Laurea Magistrale è quello di una formazione di livello più avanzato per la preparazione all'esercizio, in ambiti specifici, di attività di elevata qualificazione e complessità. Nel caso della Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia è previsto un anno (60 CFU) di attività professionalizzante, per preparare i futuri medici all'esame di Stato e all'effettivo svolgimento dell'attività professionale.

Ulteriori Decreti Ministeriali di prossima

emanazione dovranno raggruppare in classi i Corsi di Studio dello stesso livello, mentre i regolamenti didattici di Ateneo definiranno gli ordinamenti didattici; i singoli regolamenti didattici dei Corsi di Studio, differenziati secondo le specificità delle singole sedi, determineranno in particolare:

- l'elenco degli insegnamenti;
- gli obiettivi formativi specifici, i crediti e le eventuali propedeuticità;
- i curricula offerti agli studenti e le regole di presentazione, ove necessario, dei piani di studio individuali;
- la tipologia delle forme didattiche, anche a distanza, degli esami e delle altre verifiche di profitto degli studenti;
- le disposizioni sugli eventuali obblighi di frequenza.

In ultima analisi, la nuova riforma, assieme all'applicazione dei requisiti minimi (ancora da perfezionare e rendere più adeguati come effettivo sistema di accreditamento/garanzia di qualità minima delle sedi e dei Corsi), dovrebbe garantire una razionalizzazione dell'offerta formativa, negli ultimi anni esplosa in maniera a volte disordinata e ridondante, nonché una maggiore autonomia delle sedi, con obblighi nazionali ridotti, secondo il modello della differenziazione competitiva.

Uno dei problemi dei nostri ordinamenti è dato dalla loro "incomunicabilità": è difficile costruire un curriculum ad hoc prelevando "pacchetti formativi" da più corsi. Questo difetto è almeno parzialmente corretto dal nuovo sistema dei crediti, con possibilità di percorsi comuni per grandi aree omogenee e poi diversificati: l'introduzione della separazione tra laurea (180 CFU) e laurea magistrale (120 CFU) consentirà l'immatricolazione a corsi comuni (per non

meno di 60 CFU) per tutti i Corsi di Laurea della stessa classe o per loro insiemi affini (la cosiddetta Y); questo dovrebbe portare, anche per i Corsi delle Facoltà di Medicina – in particolare per i Corsi di Laurea e Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie – ad una razionalizzazione dell'offerta, promuovendo la formazione di sinergie tra più Università, soprattutto per i Corsi programmati con limitato numero di studenti.

Come già più volte discusso e deliberato sia nella Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia che in quella dei Presidenti di CCLS e delle Professioni Sanitarie, le modifiche e gli adeguamenti dei Corsi saranno soprattutto di ordine formale, rimanendo nella sostanza da salvaguardare il lungo e difficile lavoro di rinnovamento didattico svolto a partire dall'ormai lontano 1986 dalle Facoltà mediche italiane. Se gli organi centrali di Governo e gli Atenei saranno estremamente celeri, la nuova riforma potrebbe avere i suoi primi risultati tangibili, con la partenza dei nuovi Corsi di Laurea e Laurea Magistrale, sin dall'anno accademico 2006-2007, o – più verosimilmente – dall'anno accademico 2007-2008, concludendo un processo ultraventennale di progressiva modernizzazione e adeguamento del sistema formativo italiano, in grado di farci dialogare e competere senza cronici ritardi nello scenario comunitario europeo.

### LA PROGRAMMAZIONE DEGLI ACCESSI

Lo sforzo più rilevante tra istituzioni diverse è stato compiuto nell'ambito della programmazione degli accessi. Un dialogo sempre più serrato tra Università/Facoltà di Medicina e Regioni e tra queste e Ministero della Sanità/Salute e infine tra Ministero dell'Università-

MIUR, Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea-Ministero della Salute/Regioni (riuniti presso il MIUR in un Osservatorio permanente), ha consentito di affinare sempre più il meccanismo di programmazione per l'accesso alle singole professioni, stabilizzando il numero degli accessi al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia sull'ordine di 7.500 per anno, in Odontoiatria e protesi dentaria di 900/anno, delle Scuole di Specializzazione di area medica di 5.000 posti-borse/anno, nelle professioni sanitarie di oltre 30.000/anno, con un rapporto tra Corsi di Laurea storici (Medicina, Odontoiatria) e Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie stabilizzato  $>1:2.5$  e proiettato verso  $>1:3$ . La Federazione degli Ordini dei Medici spinge per un'ulteriore riduzione dei posti per le Lauree "storiche", non considerando peraltro che la formazione di un medico richiede ormai 11-12 anni minimi (non si assumono funzioni nel Servizio Sanitario se non si è conseguita una specializzazione), cosicché la leva "demografica medica" va rapportata a 12-15 anni in avanti e sarebbe veramente autolesionista se si dovesse importare medici da altri Paesi, come accade oggi nella stoltamente "pseudo-virtuosa" Inghilterra! La pleora medica deriva infatti dalla mancanza di programmazione antecedente il decreto del 1986!

Mentre vi è un eccesso di domande rispet-

to ai posti a concorso in medicina ed odontoiatria (cosicché è la programmazione che determina la soglia d'ingresso nella professione), ciò non accade in tutte le professioni sanitarie. Anche se si è avuta l'accortezza di consentire tre opzioni con unica domanda (cosicché i dati riportati in tabella danno valori superiori ad 1 nel rapporto Domande/Posti-D/P), in realtà per alcune professioni (in particolare per gli infermieri) già la programmazione è difettiva rispetto alle necessità (ca. 12.500 posti rispetto ad almeno 15.000) e soprattutto nel centro-nord rimangono scoperti posti a concorso. In altri termini è difficile programmare se i probabili aspiranti sono meno dei posti a concorso e soprattutto delle necessità, cosicché non è la programmazione a guidare l'accesso, ma la modesta attrazione di quella professione (per scarsa remunerazione, pesantezza delle condizioni lavorative, crisi vocazionale, ecc.). L'Università ha fatto molto per migliorare immagine e sostanza di queste professioni, con la laurea triennale, la laurea magistrale biennale, master nei settori di maggiore interesse: ma se non si analizza il problema anche da parte della politica (Ministero della Salute, Regioni) difficilmente questo impianto davvero eccellente sotto il profilo formativo-professionalizzante può raggiungere l'estesa varietà di risultati prefissati e attesi dalla società civile.

## APPENDICE

### *Definizione degli obiettivi formativi dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia*

I Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia (CLSMC) si articolano in sei anni e sono istituiti all'interno della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Il CLSMC si propone il conseguimento degli obiettivi formativi di seguito definiti.

I laureati nei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia dovranno essere dotati:

- delle basi scientifiche e della preparazione teorico-pratica necessarie ai sensi della direttiva 75/363/CEE all'esercizio della professione medica e della metodologia e cultura necessarie per la pratica della formazione permanente, nonché di un livello di autonomia professionale, decisionale e operativa derivante da un percorso formativo caratterizzato da un approccio olistico ai problemi di salute, delle persone sane o malate anche in relazione all'ambiente chimico-fisico, biologico e sociale che le circonda. A tali fini il corso di laurea specialistica prevede 360 CFU complessivi, articolati su sei anni di corso, di cui almeno 60 da acquisire in attività formative volte alla maturazione di specifiche capacità professionali;
- delle conoscenze teoriche essenziali che derivano dalle scienze di base, nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale; della capacità di rilevare e valutare criticamente da un punto di vista clinico, e in una visione unitaria, estesa anche nella dimensione socioculturale e di genere, i dati relativi allo stato di salute e di malattia del singolo individuo, interpretandoli alla luce delle conoscenze scienti-

fiche di base, della fisiopatologia e delle patologie di organo e di apparato; delle abilità e l'esperienza, unite alla capacità di autovalutazione, per affrontare e risolvere responsabilmente i problemi sanitari prioritari dal punto di vista preventivo, diagnostico, prognostico, terapeutico e riabilitativo; della conoscenza delle dimensioni etiche e storiche della medicina; della capacità di comunicare con chiarezza ed umanità con il paziente e con i familiari; della capacità di collaborare con le diverse figure professionali nelle attività sanitarie di gruppo; della capacità di applicare, nelle decisioni mediche, anche i principi dell'economia sanitaria; della capacità di riconoscere i problemi sanitari della comunità e di intervenire in modo competente.

Il profilo professionale dei laureati specialisti dovrà comprendere la conoscenza di:

- organizzazione biologica fondamentale e processi cellulari di base degli organismi viventi; processi di base dei comportamenti individuali e di gruppo; meccanismi di trasmissione e di espressione dell'informazione genetica a livello cellulare e molecolare; nozioni fondamentali e metodologia di fisica e statistica utili per identificare, comprendere e interpretare i fenomeni biomedici; organizzazione strutturale del corpo umano, con le sue principali applicazioni di carattere anatomico-clinico, dal livello macroscopico a quello microscopico sino ai principali aspetti ultrastrutturali e i meccanismi attraverso i quali tale organizzazione si realizza nel corso dello sviluppo embrionale e del differenziamento; caratteristiche morfologiche essenziali dei sistemi, degli apparati, degli organi, dei tes-

suti, delle cellule e delle strutture subcellulari dell'organismo umano, nonché i loro principali correlati morfo-funzionali; meccanismi molecolari e biochimici che stanno alla base dei processi vitali delle cellule e le loro attività metaboliche; fondamenti delle principali metodiche di laboratorio applicabili allo studio qualitativo e quantitativo dei determinanti patogenetici e dei processi biologici significativi in medicina; modalità di funzionamento dei diversi organi del corpo umano, la loro integrazione dinamica in apparati e i meccanismi generali di controllo funzionale in condizioni normali; principali reperti funzionali nell'uomo sano; fondamenti delle principali metodologie della diagnostica per immagini e dell'uso delle radiazioni, principi delle applicazioni alla medicina delle tecnologie biomediche.

I laureati specialisti dovranno inoltre:

- avere acquisito e approfondito le interrelazioni esistenti tra i contenuti delle scienze di base e quelli delle scienze cliniche, nella dimensione della complessità che è propria dello stato di salute della persona sana o malata, avendo particolare riguardo alla inter-disciplinarietà della medicina;
- avere sviluppato e maturato un approccio fortemente integrato al paziente, valutandone criticamente non solo tutti gli aspetti clinici, ma anche dedicando una particolare attenzione agli aspetti relazionali, educativi, sociali ed etici coinvolti nella prevenzione, diagnosi e trattamento della malattia, nonché nella riabilitazione e nel recupero del più alto grado di benessere psicofisico possibile.

I laureati nei corsi di laurea specialistica in

medicina e chirurgia svolgeranno l'attività di medico-chirurgo nei vari ruoli e ambiti professionali clinici, sanitari e bio-medici.

Ai fini indicati, i laureati della classe dovranno avere acquisito:

- la conoscenza delle cause delle malattie nell'uomo, interpretandone i meccanismi patogenetici e fisiopatologici fondamentali;
- la conoscenza dei meccanismi biologici fondamentali di difesa e quelli patologici del sistema immunitario e la conoscenza del rapporto tra microorganismi e ospite nelle infezioni umane, nonché i relativi meccanismi di difesa;
- la capacità di applicare correttamente le metodologie atte a rilevare i reperti clinici, funzionali e di laboratorio, interpretandoli criticamente anche sotto il profilo fisiopatologico, ai fini della diagnosi e della prognosi e la capacità di valutare i rapporti costi/benefici nella scelta delle procedure diagnostiche, tenendo conto delle esigenze sia della corretta metodologia clinica che dei principi della medicina basata sull'evidenza;
- una adeguata conoscenza sistematica delle malattie più rilevanti dei diversi apparati, sotto il profilo nosografico, eziopatogenetico, fisiopatologico e clinico, nel contesto di una visione unitaria e globale della patologia umana e la capacità di valutare criticamente e correlare tra loro i sintomi clinici, i segni fisici, le alterazioni funzionali rilevate nell'uomo con le lesioni anatomopatologiche, interpretandone i meccanismi di produzione e approfondendone il significato clinico;
- la capacità di ragionamento clinico adeguata ad analizzare e risolvere i più comu-

- ni e rilevanti problemi clinici, sia di interesse medico che chirurgico, e la capacità di valutare i dati epidemiologici e conoscerne l'impiego ai fini della promozione della salute e della prevenzione delle malattie nei singoli e nelle comunità;
- la conoscenza dei principi su cui si fonda l'analisi del comportamento della persona e una adeguata esperienza, maturata attraverso approfondite e continue esperienze di didattica interattiva nel campo della relazione e della comunicazione medico-paziente, dell'importanza, qualità e adeguatezza della comunicazione con il paziente e i suoi familiari, nonché con gli altri operatori sanitari, nella consapevolezza dei valori propri e altrui, nonché la capacità di utilizzare in modo appropriato le metodologie orientate all'informazione, all'istruzione e all'educazione sanitaria e la capacità di riconoscere le principali alterazioni del comportamento e dei vissuti soggettivi, indicandone gli indirizzi terapeutici preventivi e riabilitativi;
  - la capacità di riconoscere, mediante lo studio fisiopatologico, anatomopatologico e clinico, le principali alterazioni del sistema nervoso, fornendone l'interpretazione eziopatogenetica e indicandone gli indirizzi diagnostici e terapeutici;
  - la capacità di riconoscere le più frequenti malattie otorinolaringoiatriche, cutanee, veneree, odontostomatologiche e del cavo orale, dell'apparato locomotore e di quello visivo, indicandone i principali indirizzi di prevenzione, diagnosi e terapia e la capacità di individuare le condizioni che, nel suindicato ambito, necessitano dell'apporto professionale dello specialista;
  - la capacità e la sensibilità per inserire le problematiche specialistiche in una visione più ampia dello stato di salute generale della persona e delle sue esigenze generali di benessere, e la capacità di integrare, in una valutazione globale ed unitaria dello stato complessivo di salute del singolo individuo adulto edanziano, i sintomi, i segni e le alterazioni strutturali e funzionali dei singoli organi e apparati, aggregandoli sotto il profilo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;
  - la capacità di analizzare e risolvere i problemi clinici di ordine internistico, chirurgico e oncologico, valutando i rapporti tra benefici, rischi e costi, anche alla luce dei principi della medicina basata sull'evidenza;
  - l'abilità e la sensibilità per applicare nelle decisioni mediche i principi essenziali di economia sanitaria con specifico riguardo al rapporto costo/beneficio delle procedure diagnostiche e terapeutiche;
  - la conoscenza dei concetti fondamentali delle scienze umane per quanto concerne l'evoluzione storica dei valori della medicina, compresi quelli etici;
  - l'abilità e la sensibilità per valutare criticamente gli atti medici all'interno dell'équipe sanitaria;
  - la conoscenza delle diverse classi dei farmaci e dei tossici, dei meccanismi molecolari e cellulari della loro azione, dei principi fondamentali della farmacodinamica e della farmacocinetica e la conoscenza degli impieghi terapeutici dei farmaci, la variabilità di risposta in rapporto a fattori genetici e fisiopatologici, le interazioni farmacologiche e i criteri di definizione de-

gli schemi terapeutici, nonché la conoscenza dei principi e dei metodi della farmacologia clinica, compresa la farmacovigilanza e la farmacoepidemiologia, degli effetti collaterali e della tossicità dei farmaci e delle sostanze d'abuso;

- la conoscenza, sotto l'aspetto preventivo, diagnostico e riabilitativo, delle problematiche relative allo stato di salute e di malattia nell'età neonatale, nell'infanzia e nell'adolescenza, per quanto di competenza del medico non specialista, e la capacità di individuare le condizioni che necessitano dell'apporto professionale dello specialista e di pianificare gli interventi medici essenziali nei confronti dei principali problemi sanitari, per frequenza e per rischio, inerenti la patologia specialistica pediatrica;
- la conoscenza delle problematiche fisiopatologiche, psicologiche e cliniche (sotto il profilo preventivo, diagnostico e terapeutico), riguardanti la fertilità maschile e femminile, la procreazione, la gravidanza, la morbilità prenatale e il parto, e la capacità di riconoscere le forme più frequenti di patologia andrologica e ginecologica, indicandone le misure preventive e terapeutiche fondamentali e individuando le condizioni che necessitano dell'apporto professionale dello specialista;
- la conoscenza dei quadri anatomopatologici nonché delle lesioni cellulari, tessutali e d'organo e della loro evoluzione in rapporto alle malattie più rilevanti dei diversi apparati, e la conoscenza, maturata anche mediante la partecipazioni a conferenze anatomocliniche, dell'apporto dell'anatomopatologo al processo decisiona-

le clinico, con riferimento all'utilizzazione della diagnostica istopatologica e citopatologica (compresa quella colpo e oncocitologica), anche con tecniche biomolecolari, nella diagnosi, prevenzione, prognosi e terapia della malattie del singolo paziente, nonché la capacità di interpretare i referti anatomopatologici;

- la capacità di proporre, in maniera corretta, le diverse procedure di diagnostica per immagine, valutandone rischi, costi e benefici e la capacità di interpretare i referti della diagnostica per immagini nonché la conoscenza delle indicazioni e delle metodologie per l'uso di traccianti radioattivi, e inoltre la capacità di proporre in maniera corretta, valutandone i rischi e benefici, l'uso terapeutico delle radiazioni e la conoscenza dei principi di radioprotezione;
- la capacità di riconoscere, nell'immediatezza dell'evento, le situazioni cliniche di emergenza nell'uomo, ponendo in atto i necessari atti di primo intervento, onde garantire la sopravvivenza e la migliore assistenza consentita e la conoscenza delle modalità di intervento nelle situazioni di catastrofe;
- la conoscenza delle norme fondamentali per conservare e promuovere la salute del singolo e delle comunità e la conoscenza delle norme e delle pratiche atte a mantenere e promuovere la salute negli ambienti di lavoro, individuando le situazioni di competenza specialistica, nonché la conoscenza delle principali norme legislative che regolano l'organizzazione sanitaria e la capacità di indicare i principi e le applicazioni della medicina preventiva nelle co-

- munità locali;
- la conoscenza delle norme deontologiche e di quelle connesse all'elevata responsabilità professionale, valutando criticamente i principi etici che sottendono le diverse possibili scelte professionali e la capacità di sviluppare un approccio mentale di tipo interdisciplinare e transculturale, anche e soprattutto in collaborazione con altre figure dell'équipe sanitaria, approfondendo la conoscenza delle regole e dinamiche che caratterizzano il lavoro di gruppo, nonché una adeguata esperienza nell'organizzazione generale del lavoro, connessa ad una sensibilità alle sue dinamiche, alla bioetica, all'epistemologia della medicina, alla relazione ed educazione del paziente, nonché verso le tematiche della medicina di comunità, acquisite anche attraverso esperienze dirette sul campo;
  - la conoscenza dello sviluppo della società multietnica, con specifico riferimento alla varietà e diversificazione degli aspetti valoriali e culturali, anche in una prospettiva culturale ed umanistica;
  - una approfondita conoscenza dello sviluppo tecnologico e biotecnologico della moderna medicina;
  - una adeguata esperienza nello studio indipendente e nell'organizzazione della propria formazione permanente e la capacità di effettuare una ricerca bibliografica e di aggiornamento, la capacità di effettuare criticamente la lettura di articoli scientifici derivante anche dalla conoscenza di una lingua dell'Unione Europea, oltre l'italiano, che consenta loro la comprensione della letteratura internazionale e l'aggiornamento;
  - la competenza informatica utile alla gestione dei sistemi informativi dei servizi e alla propria autoformazione;
  - una adeguata conoscenza della medicina della famiglia e del territorio, acquisita anche mediante esperienze pratiche di formazione sul campo;
  - in particolare, specifiche professionalità nel campo della medicina interna, chirurgia generale, pediatria, ostetricia e ginecologia, nonché di specialità medico-chirurgiche, acquisite svolgendo attività formative professionalizzanti per una durata non inferiore ad almeno 60 CFU da svolgersi in modo integrato con le altre attività formative del corso presso strutture assistenziali universitarie.

Tabella I - Corsi facoltà di medicina e chirurgia. A.A. 2004-05

<b>MEDICINA E ODONTOIATRIA (specialistiche)</b>					
Classe	DOMANDE	POSTI	D/P	MATRICOLE	Matricole-Posti
MEDICINA	45.008	7.465	6,0	5.712	-1.753 -23%
ODONTOIATRIA	13.646	931	14,7	535	-396 -43%
<b>Totale</b>	<b>58.654</b>	<b>8.396</b>	<b>7,0</b>	<b>6.247</b>	<b>-2.149 -26%</b>
<b>PROFESSIONI SANITARIE (Specialistiche)</b>					
Classe	DOMANDE	POSTI	D/P	Dati presunti	
				Matricole	Sopranumero
I INFERM.-OSTET.	6.834	565	12,1	1.081	516 91%
II RIABILITAZIONE	2.631	197	13,4	362	165 84%
III TECNICA SAN.	1.416	280	5,1	374	94 34%
IV PREVENZIONE	495	80	6,2	99	19 24%
<b>Totale</b>	<b>11.376</b>	<b>1.122</b>	<b>10,1</b>	<b>1.916</b>	<b>794 71%</b>
<b>PROFESSIONI SANITARIE (Triennali)</b>					
Classe	DOMANDE	POSTI	D/P	MATRICOLE	Matricole-Posti
I INFERM.-OSTET.	23.628	13.796	1,7	10.783	-3.013 -22%
II RIABILITAZIONE	29.067	4.521	6,4	3.190	-1.331 -29%
III TECNICA SAN.	10.089	3.993	2,5	3.078	-915 -23%
IV PREVENZIONE	1.046	895	1,2	621	-274 -31%
<b>Totale</b>	<b>63.830</b>	<b>23.205</b>	<b>2,8</b>	<b>17.672</b>	<b>-5.533 -24%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>122.979</b>	<b>31.681</b>	<b>3,9</b>	<b>25.835</b>	<b>-6.888 -22%</b>

Fonte: Edit: A. Mastrillo - Dati Immatricolati tratti dal sito MIUR [http://anagrafe.miur.it/php4/area.php?code\\_area=1](http://anagrafe.miur.it/php4/area.php?code_area=1)

**Tabella 2 - Immatricolazioni 2004-2005**

	MEDICINA E CHIRURGIA					ODONTOIATRIA						
	a.a. 2004-05			Immatricolati		a.a. 2004-05			Immatricolati			
	Domande	Posti	D/P	Differenza		Domande	Posti	D/P	Differenza			
ANCONA	596	130	4,6	119	-11	-8%	314	25	12,6	15	-10	-40%
BARI	1.565	324	4,8	265	-59	-18%	735	45	16,3	35	-10	-22%
BOLOGNA	1.347	300	4,5	266	-34	-11%	375	30	12,5	16	-14	-47%
BRESCIA	761	180	4,2	156	-24	-13%	281	20	14,1	14	-6	-30%
CAGLIARI	979	170	5,8	134	-36	-21%	506	20	25,3	8	-12	-60%
CATANIA	1.607	270	6,0	199	-71	-26%	552	25	22,1	13	-12	-48%
CATANZARO	656	100	6,6	58	-42	-42%	334	25	13,4	9	-16	-64%
CHIETI	908	160	5,7	126	-34	-21%	704	50	14,1	27	-23	-46%
FERRARA	711	153	4,6	106	-47	-31%	264	14	18,9	5	-9	-64%
FIRENZE	1.048	220	4,8	188	-32	-15%	304	23	13,2	14	-9	-39%
FOGGIA	615	76	8,1	41	-35	-46%						
GENOVA	887	230	3,9	189	-41	-18%	347	30	11,6	20	-10	-33%
L'AQUILA	658	115	5,7	146	31	27%	368	30	12,3	21	-9	-30%
MESSINA	1.119	200	5,6	173	-27	-14%	628	30	20,9	25	-5	-17%
MILANO	1.762	300	5,9	249	-51	-17%	645	60	10,8	39	-21	-35%
MILANO Bicocca	560	100	5,6	91	-9	-9%	167	20	8,4	11	-9	-45%
MILANO S.Raffaele	1.389	90	15,4	80	-10	-11%						
MODENA REGGIO E.	522	145	3,6	98	-47	-32%	180	15	12,0	8	-7	-47%
NAPOLI 2	1.792	300	6,0	197	-103	-34%	419	24	17,5	11	-13	-54%
NAPOLI Fed. II	2.472	293	8,4	176	-117	-40%	719	22	32,7	11	-11	-50%
PADOVA	1.979	239	8,3	156	-83	-35%	511	30	17,0	9	-21	-70%
PALERMO	1.435	250	5,7	223	-27	-11%	469	30	15,6	20	-10	-33%
PARMA	802	200	4,0	135	-65	-33%	234	18	13,0	10	-8	-44%
PAVIA	928	200	4,6	180	-20	-10%	271	20	13,6	16	-4	-20%
PERUGIA	907	200	4,5	36	-164	-82%	240	22	10,9	7	-15	-68%
PISA	1.145	251	4,6	180	-71	-28%	394	30	13,1	16	-14	-47%
ROMA Campus	970	75	12,9	57	-18	-24%						
ROMA Cattolica	4.610	220	21,0	222	2	1%	477	25	19,1	23	-2	-8%
ROMA Sapienza I e II	3.835	640	6,0	496	-144	-23%	895	60	14,9	29	-31	-52%
ROMA Tor Vergata	1.428	165	8,7	137	-28	-17%	505	33	15,3	25	-8	-24%
SASSARI	496	100	5,0	7	-93	-93%	248	25	9,9	2	-23	-92%
SIENA	750	144	5,2	126	-18	-13%	305	29	10,5	24	-5	-17%
TORINO	1.253	375	3,3	297	-78	-21%	559	40	14,0	27	-13	-33%
TRIESTE	414	120	3,5	79	-41	-34%	191	16	11,9	4	-12	-75%
UDINE	417	80	5,2	68	-12	-15%						
VARESE	647	130	5,0	106	-24	-18%	239	20	12,0	15	-5	-25%
VERCELLI	353	75	4,7	63	-12	-16%						
VERONA	685	145	4,7	87	-58	-40%	266	25	10,6	6	-19	-76%
<b>Totale</b>	<b>45.008</b>	<b>7.465</b>	<b>6,0</b>	<b>5.712</b>	<b>-1.753</b>	<b>-23%</b>	<b>13.646</b>	<b>931</b>	<b>14,7</b>	<b>535</b>	<b>-396</b>	<b>-43%</b>

Fonte: Edit: A. Mastrillo - Dati Immatricolati tratti dal sito MIUR [http://anagrafe.miur.it/php4/area.php?code\\_area=1](http://anagrafe.miur.it/php4/area.php?code_area=1)

# La formazione come strumento di miglioramento continuo

di **Giovanna Baraldi**

Docente di Progettazione dei processi clinico assistenziali, Università di Bologna

52

monitor

L'attività delle organizzazioni professionali che producono servizi sanitari e sociali alle persone è talmente complessa, diversificata e specializzata da richiedere processi decisionali e di organizzazione del lavoro sempre più standardizzati e integrati. Molteplici sono le difficoltà di questi processi dovute a differenze nelle pratiche professionali (multidisciplinarietà, estrema specializzazione, ecc.), all'esistenza di elementi impliciti presenti nelle decisioni (sia cliniche ma anche amministrative e gestionali) non facilmente esplicitabili e dovuti alla diversificazione di linguaggi, difficilmente riconducibili ad elementi codificati e condivisi. Ma, soprattutto, la difficoltà è dovuta alla quantità di dati, informazioni e conoscenza che da essi scaturiscono e di cui essi hanno bisogno per essere svolti.

## LE ORGANIZZAZIONI CHE PRODUCONO CONOSCENZA

Tutte le organizzazioni e, in particolare, le organizzazioni professionali sanitarie e sociali generano conoscenza che consiste nella capacità di trasformare i dati in informazioni che, a loro volta trattate, elaborano conoscenza.

Nelle organizzazioni sanitarie, quindi, la conoscenza deriva dai processi decisionali e di lavoro e, di conseguenza, dai clienti interni ed esterni, operatori e professionisti, ma anche dai pazienti. Essa è indispensabile per prendere decisioni e, con essa, curare le persone, produrre ed erogare servizi sanitari, risolvere problemi.

Consideriamo le migliaia di dati ed informazioni che si producono ogni giorno in una struttura sanitaria, sia essa Ospedale, Distretto o Residenza Sanitaria Assistenziale. Un numero straordinario di informazioni legato all'evoluzione tecnologica, scientifica, demografica ed epidemiologica, ma anche organizzativa e gestionale, economica e finanziaria.

Si pensi cosa rappresenta un processo diagnostico davanti all'unicità biologica dell'uomo, alle informazioni che essa genera anche in relazione alla modifica del concetto di salute e di malattia e, quindi, delle aspettative sociali, psicologiche e di vita. Si pensi alla conoscenza che viene creata per realizzare ta-

le processo decisionale clinico di diagnosi, ma anche di prevenzione, riabilitazione, controllo e il processo di terapia, sia medico che chirurgico. Conoscenza costituita da migliaia di dati ed informazioni: biochimici, istologici, anatomicopatologici, radiologici, ecografici. E, prima ancora, i dati e le informazioni cliniche, che si raccolgono attraverso l'anamnesi patologica recente e remota, e quelli scaturiti attraverso l'esame obiettivo.

Attualmente, è possibile anche misurare i risultati di tali processi, in termini di qualità, appropriatezza ed esito, in termini di salute aggiunta.

Si consideri, inoltre, anche l'altro processo decisionale, quello organizzativo-gestionale che, a sua volta, ha alla base informazioni che descrivono le risorse economiche, organizzative, finanziarie, umane, attraverso i dati di bilancio, di costo e di spesa. Ma anche i dati per misurare il tempo che nella produzione del servizio sanitario è una delle variabili dipendenti fondamentali: tempo di assistenza, tempo di intervento chirurgico, tempo di attesa, durata della degenza.

Anche in questo caso, è possibile costruire indicatori che misurano l'efficienza, la produttività, l'appropriatezza organizzativa.

Questi due processi decisionali di "produzione" e di "gestione" tipici dell'organizzazione sanitaria, sono il risultato della possibilità di generare conoscenza che, a sua volta, dovrebbe formulare obiettivi, responsabilità, ma anche risultati e possibilità di misurarli.

I sistemi informativi che si sono realizzati hanno fatto prevalere fino ad oggi più i dati di costo e di performance economica che di outcome e di qualità che stentano ad affermarsi perché più difficili da rilevare e valutare. Inoltre, non si è garantita la necessaria integrazione tra indi-

catori di produzione e di gestione, di qualità e di costo.

Nonostante ciò, si può affermare che il valore della conoscenza in questo contesto è equiparabile al valore della produzione del servizio sanitario, al valore dei risultati di salute aggiunta.

Alla luce di questa considerazione la conoscenza rappresenta lo sviluppo economico per l'organizzazione sanitaria. Inoltre, la conoscenza, di cui le risorse umane (professionisti ed operatori) sono portatori, rappresenta la "risorsa scarsa" di maggior valore che abbiamo. Non sono le strutture edilizie, le tecnologie, i materiali, i devices, pur se straordinariamente complessi ed efficaci, ma l'esperienza, la capacità, la competenza, il know-how delle persone che scaturiscono dalla conoscenza che rappresentano il valore fondamentale che permette di assistere i pazienti, fa funzionare le tecnologie, gestire le strutture, scegliere i materiali, progettare le organizzazioni.

Di conseguenza è valore anche il tempo di investimento per generare conoscenza, il tempo di apprendimento e di sviluppo delle capacità e delle competenze.

In sintesi è valore il capitale umano.

In tutte le organizzazioni e le imprese, sia manifatturiere che di servizio, è valido questo concetto, ma crediamo che sia valido soprattutto nell'organizzazione di servizi alla persona. Per tale ragione, la gestione efficace della conoscenza e, quindi, la gestione delle risorse umane e delle persone che la detengono, diventa la funzione fondamentale.

In nessun'altra organizzazione l'innovazione scientifica e tecnologica, lo sviluppo di nuovi prodotti e materiali, la riprogettazione dei processi di lavoro, rendono ancora più vero il fatto che la conoscenza è contenuta nelle persone che

la elaborano, utilizzano, applicano, a volte la producono e ne sono ricercatori.

### IL CONTESTO

In questo contesto straordinario per opportunità di crescita e di sviluppo, la Formazione, la Scuola, l'Università sono lo strumento e la condizione alla base della produzione del servizio sanitario e del suo funzionamento. Essi sono anche elementi cruciali della gestione delle risorse umane e, in questo senso, hanno un significato strategico. Infatti, se è vero che le organizzazioni sanitarie producono conoscenza, la formazione, l'apprendimento, l'aggiornamento rappresentano la "strategia" per la loro gestione.

Strategia significa che attorno a queste funzioni vi deve essere un pensiero strategico, una visione condivisa, una consapevolezza del fabbisogno di formazione da cui partire per progettare l'offerta.

La confusione tra dati, informazioni, conoscenza, ha portato molti sistemi a compiere investimenti milionari nella tecnologia informatica, ma anche nella formazione. Formazione generalmente più orientata a tecniche e a strumenti che ad obiettivi di Sistema (per esempio, Piani Sanitari Nazionali e Regionali, Riprogettazione delle reti ospedaliere, Livelli Essenziali di Assistenza), raramente orientata a trasferire metodi e logiche.

I programmi di formazione non si sono focalizzati a cambiare i comportamenti delle persone ma, soprattutto, a soddisfare la richiesta di titoli e di crediti piuttosto che di competenze e di capacità, di cui e per cui creare un mercato. Basti pensare alla carenza di infermieri o di altri specialisti e alla correlazione di questo dato con i fabbisogni e la domanda di servizi sanitari.

Ha prevalso la crescita dell'offerta di centinaia di "prodotti" non correlati alla domanda ed alla

valutazione dei fabbisogni, più correlati all'offerta di docenza che all'apprendimento della domanda, più alla diffusione di informazioni che di conoscenza.

Infatti, vogliamo sottolineare che la formazione è ancora orientata ad una conoscenza e ad un sapere "teorico", raramente alla conoscenza pratica e al "saper fare" e al "come fare"; ancor meno al *learning by doing* ed alla formazione pratica sul campo.

Anche a livello di percorsi universitari prevale la formazione in aula come unico strumento obsoleto e statico in una società, in una medicina ed in un sistema sanitario dinamici ed in evoluzione, in continuo "stato di trasformazione".

Si può affermare che non siano mancate, o manchino, le risorse finanziarie, ma non si sono correlate ad obiettivi, responsabilità ed, infine, come già accennato, a valutazione dei risultati.

### LE ORGANIZZAZIONI CHE PENSANO

È necessario fare una riflessione su questi temi e avere la forza e la capacità di cambiare la logica: partire dalla domanda anziché dall'offerta, dall'apprendimento e dall'imparare, invece che unicamente dalla formazione e dall'insegnare, dal valutare i risultati di docenti e di discenti rispetto a Piani ed obiettivi sanitari e sociali. Insomma, collegare la Scuola e la conoscenza ai fabbisogni ed alle necessità del Paese.

Per le persone, per le organizzazioni, per l'intero sistema sanitario, l'obiettivo imperativo diventa apprendere.

La formazione è la funzione di formare, essa si cala dall'alto, dal docente sul discente; mentre l'apprendimento è la funzione delle persone che scelgono di imparare: esso esprime la loro voglia di crescere e di migliorare.

In un'organizzazione di persone che pensano,

l'apprendimento è basato sull'uomo e non sulla tecnica; l'uomo può dare un reale contributo solo se condivide gli obiettivi dell'organizzazione e del sistema, solo se è integrato con gli altri e con il sistema. La preparazione professionale fine e a se stessa conta poco.

L'apprendimento e la formazione, dunque, rappresentano una responsabilità fondamentale nella gestione della conoscenza, e quindi delle persone, i cui risultati sono i risultati dell'organizzazione; rappresenta un valore intrinseco alla missione ed al servizio sanitario per cui l'organizzazione esiste e lavora.

L'apprendimento ha come obiettivo fondamentale di mettere tutto il personale, a tutti i livelli, nelle condizioni di utilizzare al meglio le proprie capacità intellettuali. Se si addestrano le persone si giunge ad un certo livello di capacità di eseguire un lavoro oltre al quale, spesso, non è possibile andare. L'addestramento, come sviluppo di abilità personali è una conoscenza limitata e parziale.

Al contrario, se si insegna alle persone ad utilizzare il proprio cervello, si trasferisce un metodo, si insegna "come" si fanno le cose e "perché", ma anche "con quale obiettivo". Si responsabilizzano sul "controllo della qualità" del lavoro e si dà loro la possibilità di mettere "del proprio"; in questo caso, non vi sono limiti al miglioramento.

Nelle organizzazioni sanitarie, i fattori che differenziano una struttura, un servizio, un risultato, non sono solo prestazioni, processi, risorse finanziarie o complessità dei pazienti, ma proprio la capacità delle persone di pensare: la capacità di contribuire alla soluzione di problemi, di diffondere le proprie esperienze agli altri, di passare dalla conoscenza implicita, patrimonio del singolo, a quella esplicita che è responsabilità di co-

municare e trasferire agli altri.

In questa nuova visione, la formazione come funzione dall'alto del docente e della scuola deve servire a cambiare la mentalità, a sviluppare il desiderio di migliorare se stessi e l'organizzazione, a sviluppare la voglia di apprendere.

Se l'obiettivo imperativo è apprendere, ancor di più lo diventa acquisire l'attitudine ad apprendere.

Questo approccio ha alla base il presupposto della fiducia nelle persone e nella loro capacità di utilizzare il proprio cervello e, per tale motivo, necessita di una visione strategica inserita in un processo di miglioramento.

In questo senso, l'investimento sulle persone, il tempo, l'allenamento, la preparazione e l'applicazione e, con essa, la motivazione che la sostiene, sono fattori strategici verso il miglioramento.

L'apprendimento non può essere estemporaneo come un corso di formazione dove imparare solo una tecnica o uno strumento e non può essere lasciato agli obiettivi ed alla strategia del singolo professionista o dell'Azienda; ma si realizza in un processo di miglioramento continuo basato sullo sforzo delle persone che, nella condivisione degli obiettivi da raggiungere, da individuale diventa collettivo.

Il miglioramento continuo si può descrivere come una lunga scalata dove ogni passo è basato sulla solidità dell'appoggio e solo su quest'ultimo è possibile fare il passo successivo.

Senza questa condizione, l'innovazione scientifica, lo sviluppo tecnologico e le capacità tecniche si possono deteriorare ed indebolire; a volte il vantaggio competitivo di tutti questi aspetti viene persino perso a causa di questa mancanza.

Questi concetti applicati all'uomo e all'orga-

nizzazione incontrano delle difficoltà; significa che le persone devono apprendere a lavorare insieme, ad avere fiducia, a credere negli altri.

Per creare questa condizione è necessario far sì che le persone imparino a liberare i propri bisogni di autorealizzazione affinché si sentano motivati a contribuire, partecipare e, di conseguenza, migliorare continuamente i processi di lavoro.

Le persone che apprendono si muovono, si attivano, diventano autonome e creative, scambiano conoscenza ai colleghi, ai pazienti ed utenti. Non si può migliorare senza prima apprendere qualcosa di nuovo e avere una nuova visione delle cose; senza prima apprendere “come” apprendere.

Senza questo apprendimento ci si limita a casuali cambiamenti di breve durata, a tecniche e strumenti che, pur se straordinariamente validi ed importanti, diventano deboli, o persino inutili.

Le persone che apprendono nelle organizzazioni creano nuova conoscenza, che non è solo la somma del bagaglio di ciascuno, ma è un modo di comportarsi ed un modo di essere, in cui si mettono a fuoco le riflessioni, si esplicitano le idee, si ha il coraggio di dialogare.

### LE ORGANIZZAZIONI CHE IMPARANO AD APPRENDERE

Un modello ideale astratto o, peggio ancora, un sogno?

La maggior parte delle trattazioni sulle organizzazioni che apprendono sono in un certo senso “filosofiche”, anche se ciò non ha una valenza negativa perché alla base di tutte le società e, quindi, delle organizzazioni vi è sempre un pensiero filosofico: di salute, di educazione, di governo.

Tuttavia, con questo termine si vuole dire che raramente vi è stata la forza di passare dalle gran-

di metafore, dalle affermazioni e dagli scritti, alla pratica.

La maggior parte degli studiosi concorda nel considerare l'apprendimento delle organizzazioni come un processo lento che si manifesta nel tempo e si collega all'acquisizione di conoscenza ed al miglioramento delle performances che si svolge attraverso cinque principali attività elencate qui di seguito.

#### 1. Problem solving

Questo approccio comporta di fare affidamento su metodi scientifici per individuare i problemi, piuttosto che su congetture o atteggiamenti del tipo “si è sempre fatto così”. Si tratta di metodi pragmatici, come il ciclo *Plan-Do-Check-Act*, e altre tecniche di formulazione e valutazione di ipotesi.

Si caratterizza per i seguenti aspetti:

- utilizzare prove ed evidenze come base dei processi decisionali (*Evidence Based Medicine, Management, ecc.*);
- utilizzare e diffondere strumenti statistici per organizzare i dati e trarne deduzioni (istogrammi, curve di Pareto e diagrammi causa-effetto, ecc.);
- tentare di raccogliere dati e prove anche quando sembrerebbe inutile;
- mostrare accuratezza e precisione.

Se questo non avviene, le organizzazioni rimangono prigioniere di giudizi, pregiudizi, superficialità e l'apprendimento viene soffocato.

Si devono fornire e fare utilizzare strumenti per la formazione di idee e la raccolta di informazioni (attraverso brainstorming, interviste, tecniche di focus group); diffondere la capacità di analizzare ed esporre dati (attraverso i diagrammi causa-effetto) e pianificare le azioni (diagrammi di flusso, diagramma di Gantt).

In seguito, diviene necessario esercitarsi nell'utilizzo pratico di tutti questi strumenti; applicare, provare e riprovare finché diventino consuetudine, finché se ne apprezzino i risultati e, quindi, si utilizzino con piacere e sicurezza, finché diventino comportamenti omogenei dell'organizzazione.

### 2. *Sperimentazione*

Questa attività riguarda la ricerca sistemica e la valutazione delle nuove conoscenze.

L'utilizzo del metodo scientifico è fondamentale e vi sono analogie con il *Problem Solving* ma, a differenza di quest'ultimo, la Sperimentazione è determinata dall'introduzione di innovazioni e di cambiamenti e non dalle difficoltà che si incontrano nel lavoro quotidiano.

Essa si può realizzare sotto due forme:

- programmi che coinvolgono una serie continua di esperimenti finalizzati a produrre sviluppo incrementale in termini di conoscenza. Questo tipo di attività, oltre ad essere abitualmente esercitata per la ricerca biomedica, è molto utilizzata anche a livello aziendale per effettuare le sperimentazioni continue di materiali e prodotti.

Richiedono raramente capacità intuitive ma piuttosto metodologie che devono essere apprese e che coprono un ampio campo d'azione, come metodi statistici, progettazione di esperimenti che consentano una comparazione tra più alternative. Inoltre, utilizzo di tecniche grafiche come l'analisi di processo che sono essenziali per riprogettare i flussi di lavoro; tecniche creative come la realizzazione di *story board* o il *role playing* che fanno emergere nuove idee.

- programmi che coinvolgono cambiamenti nell'intero sistema, introdotti per sviluppare nuove capacità organizzative (come

può essere, ad esempio, la progettazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS – attraverso il Progetto “Mattoni” o le Sperimentazioni Gestionali del SSN).

In alcuni casi possono rappresentare una vera “frattura” rispetto al passato e sono ideati a partire da zero come, per esempio, è stato il sistema di finanziamento a prestazione basato sui DRG.

La Sperimentazione è orientata alla conoscenza del “come si fa a fare qualcosa” e “perché” si ottiene un certo risultato, dove il “sapere come” è una forma di conoscenza parziale e si fonda su regole di comportamento, standard operativi, definizione dell'attrezzatura e del metodo necessario. Il “sapere perché”, invece, porta all'essenza delle cose, spiega le eccezioni o gli eventi inattesi.

*Problem Solving* e Sperimentazione aumentano l'apprendimento facendo sviluppare le organizzazioni verso gradi di conoscenza più elevati e governati.

### 3. *Apprendere dalle esperienze pregresse*

Le organizzazioni devono riflettere sempre sia sui risultati positivi che su quelli negativi, valutarli in modo sistematico e registrare la lezione appresa in una forma aperta e trasparente.

“Coloro che non sanno ricordare il passato sono destinati a ripeterlo” e, purtroppo, molti sono i decisori, dirigenti, medici ma anche politici, indifferenti e persino ostili all'analisi del passato e che, avendo paura di riflettere su di esso, sia positivo che negativo, perdono l'opportunità di crescere nella conoscenza.

In realtà l'insuccesso e l'errore sono i più grandi maestri; allo stesso modo la gestione del rischio clinico e la cultura della sicurezza si diffondono attraverso l'imparare dall'errore. Al con-

trario, spesso le nostre organizzazioni imparano “per caso” e senza un’accurata progettazione.

Le tecniche della gestione della sicurezza sono tutte basate sulla “lezione appresa” che diventa consapevolezza e poi correzione e miglioramento continuo; riguardano tanti strumenti già utilizzati in medicina e in sanità (come le tecniche del Rischio Clinico e l’apprendimento basato su “simulatori” e orientato al “sapere fare” e ad aumentare l’esperienza su casi virtuali).

Inoltre, ricordiamo l’analisi dei casi, come la tradizione clinica della discussione quotidiana sul caso/paziente o la valutazione dei risultati dei progetti aziendali che spesso si possono realizzare solo con il costo corrispondente al tempo dei dirigenti, ma sono momenti di produzione di “valore aggiunto”.

In conclusione, si può affermare che un insuccesso produttivo è quello che determina la capacità di analisi approfondita che, a sua volta, dà origine ad una crescita nello sviluppo della conoscenza; mentre un successo improduttivo è quello che si verifica quando tutto va bene ma “nessuno sa perché”.

#### 4. *Imparare dalle esperienze altrui*

Tutto quello che si può apprendere non proviene solo da se stessi; talvolta le osservazioni più profonde derivano dall’analisi di ciò che sta “al di fuori dei propri confini” e permette di acquisire una nuova prospettiva e visione delle cose. A volte, per esempio, anche le organizzazioni che operano in settori completamente differenti dal nostro possono essere fonte di idee.

Imparare dalle esperienze altrui si può definire *benchmarking*, una prassi che è rappresentata da una ricerca continua, un’esperienza di apprendimento che garantisce la scoperta, l’analisi, l’adozione e la messa in opera di *best practices* in cia-

scun settore.

I maggiori vantaggi sono tratti dallo studio delle *practices*, dal modo con cui il lavoro viene svolto e dal coinvolgimento dei professionisti nel processo, piuttosto che dal mero confronto dei risultati.

Sfortunatamente vi è ancora molta confusione sui requisiti del *benchmarking* applicato in sanità ed in medicina; i risultati di questa poca chiarezza hanno portato ad entusiasmi presto dimenticati quando i “premi qualità” sono stati “vinti da altri” e tutto si è concentrato sulla gara e, quindi, sulla paura di perdere.

Al contrario, il *benchmarking* è un processo di miglioramento continuo e disciplinato che inizia da accurate ricerche, continua con lo studio dei processi operativi, procede attraverso visite sistematiche nei luoghi di produzione dei servizi assistenziali e con interviste agli operatori, fino a concludersi con un’analisi dei risultati, seguita dallo sviluppo di precise raccomandazioni e dalla loro messa in opera.

Spesso tali processi hanno prodotto solo un atteggiamento difensivo in persone poco aperte alle critiche e non in grado di imparare da esse: in molti casi le nostre organizzazioni ed i nostri dirigenti pensano che gli altri “non ci possano insegnare niente” e raramente imparano.

Mentre le organizzazioni che apprendono coltivano l’ascolto e la disponibilità al confronto.

#### 5. *Trasferimento delle conoscenze*

Perché l’apprendimento non si sviluppi solo nei singoli individui e nelle singole Unità Operative, la conoscenza deve diffondersi in modo rapido ed efficiente in tutta l’organizzazione. Le idee, le esperienze, le metodologie hanno il massimo impatto quando sono condivise con la maggior parte delle persone e non sono trattenute

nelle “mani di pochi”.

Il processo di trasferimento delle conoscenze può essere stimolato attraverso diversi meccanismi: report (scritti, orali o per immagini), incontri, visite, programmi di rotazione del personale, programmi di formazione e, naturalmente, ciascuno di essi presenta punti di forza e di debolezza che devono essere valutati per una corretta applicazione.

I report e le visite sono i mezzi più utilizzati ed i primi hanno diverse funzioni: riassumono attività e risultati, descrivono processi e diagrammi di flusso, studi di *benchmarking*. Le visite sono strumenti di trasferimento della conoscenza molto importanti: si pensi al loro utilizzo nei sistemi di valutazione della qualità, come accreditamento, audit clinico, accreditamento di eccellenza, certificazione ISO 9000. Essi sono strumenti molto delicati per trasferire conoscenza e sono stati applicati ed accettati spesso come strumenti di “controllo dall’alto”, più che di valutazione “tra pari”. Si fatica ancora a farne comprendere il significato di strumento di autovalutazione, soprattutto quando le cose non vanno bene ed i risultati non sono positivi; del resto imparare dai dati leggendoli e vedendone le evidenze è una cosa ben diversa da sperimentarli personalmente che, invece, incide profondamente sui comportamenti.

È molto difficile acquisire nuove conoscenze in modo passivo, mentre sperimentare in modo attivo qualche cosa è più utile e prezioso e, per questo motivo, i programmi di rotazione del personale sono uno dei metodi più efficaci per trasferire conoscenza. Lo spostamento temporaneo in diversi settori dell’organizzazione può aiutare a condividere il patrimonio di competenze, a comprendere il proprio ruolo e quello degli altri lungo il processo di lavoro, stimolare la crea-

tività e spesso, attraverso il confronto, può rinforzare la fiducia in se stessi e negli altri.

I programmi di formazione/apprendimento sono strumenti molto potenti per il trasferimento della conoscenza, ma perché raggiungano il massimo della loro efficacia devono essere esplicitamente legati all’applicazione pratica. Troppo spesso docenti e formatori, ma anche scuola ed università, danno per scontato che le nuove conoscenze saranno applicate, senza fare passi concreti per assicurarsi che i destinatari della formazione giungano a metterle in pratica effettivamente. Raramente docenti e formatori forniscono opportunità di allenamento pratico e sono pochi i programmi che promuovono l’applicazione di quello che è stato insegnato dopo che gli operatori sono ritornati nelle loro organizzazioni.

In sanità, ormai condividiamo tutti che “ciò che non si può misurare non si può gestire” e questa affermazione è ancora più vera per l’apprendimento, se è vero che le nostre organizzazioni producono conoscenza.

Tradizionalmente le soluzioni adottate sono state le curve di apprendimento e le curve di sviluppo della produzione. Entrambi gli strumenti derivano dalla scoperta, avvenuta negli anni ’20, che i costi di produzione degli aerei calavano in modo prevedibile in corrispondenza dei volumi della produzione. Questi aumenti erano rappresentativi di una più ampia conoscenza relativa alla produzione e la maggior parte degli studi di allora ne ha esaminato l’impatto sui costi della manodopera diretta.

La logica delle curve di apprendimento ha trovato evidenza nel settore industriale nel suo complesso dove si sono evidenziate curve di esperienza in cui costi e prezzi si riducono in quantità prevedibile quando aumenta la produzione.

Tuttavia questi strumenti sono ancora in-

completi e si concentrano soprattutto sui costi e meno sulla misura dell'apprendimento relativa ad altre variabili, come la qualità o l'introduzione di prodotti e metodi innovativi, aspetti che hanno una valenza fondamentale in medicina e in sanità. Peraltro dobbiamo ricordare, in tal senso, il grande sforzo che si sta compiendo nei programmi di Educazione Continua in Medicina (ECM) e come si stiano costruendo le basi per valutare questo aspetto così importante.

L'apprendimento delle organizzazioni può essere descritto mediante tre fasi, parzialmente sovrapponibili. La prima, di tipo "cognitivo", in cui i membri dell'organizzazione vengono ispirati da nuove idee o progetti, estendono la loro conoscenza e iniziano a pensare da un altro punto di vista. Il secondo passo è di tipo "comportamentale", quando gli operatori iniziano ad interiorizzare questa nuova visione e a modificare di conseguenza il loro comportamento. Il terzo passo consiste nel "miglioramento delle prestazioni" con un cambiamento misurabile dei comportamenti e di conseguenza nei risultati e nella qualità. Poiché i primi due passi precedono il terzo, la verifica dell'apprendimento deve includere tutte e tre le fasi per essere completa, anche se molto spesso ci si limita a fermarsi alla fase cognitiva.

In conclusione, l'organizzazione che apprende è quella capace di assumere coscienza dell'imparare lavorando affinché, mentre si lavora, si sappia imparare.

Un'organizzazione che apprende non si costruisce in fretta, ma si coltiva con cura, impegno, pazienza e tempo; in un certo senso, con amore.

Nonostante ciò, alcuni cambiamenti possono essere realizzati da subito, con alcuni semplici passi: sviluppare un ambiente favorevole, dove vi sia tempo per l'analisi e la riflessione, per pensare ai

piani strategici, per analizzare i bisogni dei pazienti e delle persone, per valutare attriti e conflitti nei processi di lavoro, riprogettarli e ottimizzarli.

L'apprendimento è difficile quando le persone sono disturbate, demotivate, indifferenti, non informate, ma anche stressate e sotto pressione; quando non conoscono e non condividono gli obiettivi da raggiungere o non li capiscono, quando i sistemi di incentivazione al miglioramento ed al raggiungimento degli obiettivi sono poco chiari o ambigui.

### LA STRATEGIA DELL'APPRENDIMENTO

Il potere della conoscenza come forza trainante dello sviluppo economico è un dato di fatto e il rapporto tra conoscenza e sviluppo economico, tra conoscenza e miglioramento del Sistema Sanitario Nazionale, richiede un ripensamento.

Un ruolo centrale nell'orientare l'istruzione, la ricerca, la formazione e, quindi, più in generale lo sviluppo economico, spetta allo Stato, all'Università ma anche, nel caso della Sanità, alle corporazioni professionali.

Fino ad oggi è stata molto intensa la voce dei produttori dell'istruzione, dell'Università e dei docenti; non abbastanza forte quella dei consumatori dell'istruzione: studenti, discenti, professionisti, ma anche del mercato delle professioni sanitarie in generale.

L'obiettivo di questo contributo è quello di avviare una riflessione sul cambiamento delle organizzazioni che producono conoscenza, sulla loro necessità di apprendimento, di strumenti e metodi per apprendere, ma anche sulla necessità di una strategia di apprendimento correlata agli obiettivi del sistema ed ai Piani Sanitari Nazionali e Regionali.

Un Piano Strategico per l'apprendimento delle nostre organizzazioni sanitarie chiaro e credi-

bile, di medio e lungo periodo e non della durata di una legislatura, sarà in grado, non solo di istruire, ma anche di liberare nuove energie.

Una strategia di apprendimento atta a trasferire strumenti e metodi per apprendere: metodologie di organizzazione del lavoro (lavoro di gruppo, lavoro in rete, ecc.), di supporto ai processi decisionali sia clinici che gestionali, ma anche orientate al modo con cui affrontare il cambiamento e l'innovazione in termini sociali e psicologici, ad averne consapevolezza, a vederne minacce ma anche opportunità, insomma a non averne paura come spesso accade.

In conclusione, un Piano Strategico della formazione e dell'apprendimento basato sulla formulazione di obiettivi da raggiungere, correlato a risorse e responsabilità e, infine, ad indicatori di misura dei risultati che consentano di rimodulare continuamente nel tempo nuovi e più

ambiziosi obiettivi di miglioramento.

Tutto ciò nella consapevolezza che sul tema della formazione il processo decisionale "individuale", sia esso clinico, organizzativo e gestionale o politico, è assolutamente insufficiente ma, soprattutto, inefficace senza una visione strategica e, quindi, senza "un sistema di valori" dove i singoli cooperino e collaborino per la creazione di nuovi modelli di apprendimento e, di conseguenza, di comportamento e di lavoro che hanno, a loro volta, ricadute sui modelli di servizio sanitario.

E di nuovo, ancora una volta, non ci stanchiamo di ricordare a noi tutti che è necessario scegliere tra l'efficienza senza umanità, rappresentata dal taglio dei costi, e l'efficacia nella responsabilità all'interno delle organizzazioni.

Responsabilità rispetto agli obiettivi che noi, le nostre organizzazioni, il sistema sanitario del nostro Paese vogliamo e possiamo raggiungere.

# DRG ad alto rischio di inappropriatazza. Anno 2003

62

monitor

el presente studio è contenuta l'analisi dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative all'anno 2003, sia per i 43 Diagnosis Related Group (DRG) individuati ad alto rischio di inappropriatazza nell'allegato 2C del DPCM 29 Novembre 2001, sia per ulteriori 32 DRG individuati da alcune Regioni come potenzialmente inappropriati in regime di ricovero ordinario.

Per quanto riguarda i 43 DRG l'analisi ha riguardato 3.043.093 SDO, pari al 23,7% del totale. La popolazione di riferimento considerata, per l'elaborazione dell'anno 2003, è quella ISTAT al 1° Gennaio 2003.

La tabella A presenta il riepilogo per ciascuna Regione e in particolare:

- il numero dei ricoveri (totali, ordinari e in DH);
- i ricoveri per 1.000 abitanti (ottenuti come il rapporto tra il numero totale dei ricoveri effettuati in Regione e la popolazione della Regione di riferimento);
- la percentuale dei ricoveri ordinari;
- la percentuale dei ricoveri in DH.

La tabella B presenta il riepilogo per ciascuna Regione dei ricoveri con DRG chirurgico e in particolare:

- il numero dei ricoveri chirurgici (totali, ordinari e in DH);
- i ricoveri per 1.000 abitanti (ottenuti come il rapporto tra il numero totale dei ricoveri – chirurgici – effettuati in Regione e la popolazione della Regione di riferimento);
- la percentuale dei ricoveri ordinari chirurgici;
- la percentuale dei ricoveri in DH chirurgici.

La tabella C presenta il riepilogo per ciascuna Regione italiana dei ricoveri con DRG medico e in particolare:

- il numero dei ricoveri medici (totali, ordinari e in DH);
- i ricoveri per 1.000 abitanti (ottenuti come il rapporto tra il numero totale dei ricoveri medici effettuati in Regione e la popolazione della regione di riferimento);
- la percentuale dei ricoveri ordinari medici;
- la percentuale dei ricoveri in DH medici.

Le tabelle D ed E presentano il riepilogo nazionale per ciascuno dei 43 DRG,

distinti tra DRG chirurgici e DRG medici.

Rispetto all'anno 2001, il totale delle dimissioni per i 43 DRG ad alto rischio di non appropriatezza è passato dai 3.341.996 casi ai 3.043.093 casi, con una contrazione dell'8,94% (pari a 298.903 ricoveri in meno). Il numero totale di ricoveri per 1.000 abitanti è diminuito da 57,78 a 53,09.

Nel 2003 la distribuzione dei ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri è pari al 53,71% (66,39% nel 2001), mentre quella dei ricoveri in DH è pari a 46,29% (33,61% nel 2001).

Un dato che riveste, quindi, un notevole significato è quello relativo all'aumento di 285.559 ricoveri in day hospital rispetto all'anno 2001 (da 1.123.154 a 1.408.713) e alla diminuzione di 584.462 ricoveri in regime ordinario (da 2.218.842 a 1.634.380).

L'aumento della percentuale dei ricoveri effettuati in day hospital e la diminuzione dei ricoveri ordinari è riscontrabile in quasi tutte le Regioni.

Per alcuni DRG l'appropriatezza organizzativa deve essere valutata non solo sulla base delle percentuali di ricovero in DH, ma anche in relazione ai tassi di ospedalizzazione per la popolazione di riferimento.

Se si prendono a riferimento i due ambiti della medicina e della chirurgia si osserva una diminuzione netta dei casi di ricovero per DRG medici (da 1.854.393 a 1.559.230), mentre per i DRG chirurgici, a fronte di un numero di casi

complessivi di ricovero pressoché costante (da 1.487.603 a 1.483.863), si registra una consistente diminuzione dei ricoveri ordinari e, per converso, un forte aumento di quelli in day hospital, la cui percentuale sul totale dei ricoveri passa dal 37,78% al 56,19%.

Inoltre la riduzione del numero dei ricoveri per determinati DRG chirurgici è da attribuire alla circostanza che alcune Regioni hanno modificato il Nomenclatore delle prestazioni specialistiche, prevedendo la possibilità di effettuare tali interventi chirurgici in regime ambulatoriale e quindi non rilevati dalle SDO.

Per quanto riguarda gli ulteriori 32 DRG che sono stati individuati da alcune Regioni, l'analisi ha riguardato 1.750.406 SDO, pari al 13,6% del totale; il 56,2% è in regime di ricovero ordinario, mentre il 43,8% è in regime di day hospital.

Le tabelle (G, H, I, L, M) sono state elaborate con la stessa metodologia utilizzata per l'analisi dei 43 DRG.

È da sottolineare che per determinare il numero di ricoveri per residenti, per alcuni DRG la popolazione di riferimento non è quella totale ma quella con più di 17 anni per i DRG 047, 059, 073, 090, 321, 332; con meno di 18 anni per i DRG 060, 074, 091, 322 e con meno di 36 anni per il DRG 295. Inoltre, si fa riferimento alla popolazione maschile per i DRG 349 e 350; a quella femminile per i DRG 359, 369 e 381; ai maschi con meno di 18 anni per i DRG 340 e 343 e a quelli con almeno 18 anni per i DRG 339 e 342.

Tabella A - Confronto 2001-2003 dei Ricoveri (Ordinari+Day Hospital) per i 43 DRG ad alto

Regione	Totale Ricoveri		Totale ricoveri per 1000 abitanti		di cui: Ricoveri Ordinari	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003
PIEMONTE	192.805	176.838	44,95	41,79	120.005	73.917
VALLE D'AOSTA	5.341	3.695	44,29	30,56	3.095	1.303
LOMBARDIA	535.853	486.228	58,74	53,38	356.285	271.110
BOLZANO	27.592	28.346	59,30	60,65	23.438	19.802
TRENTO	22.210	18.769	46,48	38,85	14.706	8.663
VENETO	235.487	215.293	51,86	47,03	134.520	92.305
FRIULI VENEZIA G.	50.163	42.857	42,20	35,97	31.848	22.685
LIGURIA	103.118	93.843	63,61	59,69	65.390	34.784
EMILIA ROMAGNA	216.087	182.603	53,91	45,31	105.678	92.329
TOSCANA	181.478	134.586	51,16	38,27	106.287	62.921
UMBRIA	55.741	49.058	66,32	58,81	29.374	20.552
MARCHE	84.983	66.070	57,84	44,50	52.913	34.797
LAZIO	327.372	331.294	61,74	64,38	224.037	167.217
ABRUZZO	104.297	97.994	81,40	76,96	78.142	66.103
MOLISE	20.555	21.448	62,83	66,81	19.564	15.279
CAMPANIA	306.675	305.447	53,04	53,35	235.579	186.575
PUGLIA	283.293	208.051	69,32	51,70	213.772	151.572
BASILICATA	31.466	28.209	52,03	47,27	22.433	14.664
CALABRIA	129.507	111.765	63,38	55,68	100.923	71.226
SICILIA	325.170	344.645	64,05	69,32	210.371	162.632
SARDEGNA	102.803	96.054	62,38	58,65	70.482	63.944
<b>ITALIA</b>	<b>3.341.996</b>	<b>3.043.093</b>	<b>57,78</b>	<b>53,09</b>	<b>2.218.842</b>	<b>1.634.380</b>

Tabella B - Confronto 2001-2003 per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo

Regione	Totale Ricoveri		Totale ricoveri per 1000 abitanti		di cui: Ricoveri Ordinari	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003
PIEMONTE	106.804	117.485	24,90	27,77	60.847	36.269
VALLE D'AOSTA	2.228	2.488	18,48	20,58	1.201	503
LOMBARDIA	273.659	267.199	30,00	29,33	177.431	135.214
BOLZANO	11.287	12.642	24,26	27,05	8.911	7.076
TRENTO	11.028	11.043	23,08	22,86	4.707	2.097
VENETO	135.136	134.448	29,76	29,37	53.732	30.911
FRIULI VENEZIA G.	32.256	27.948	27,14	23,45	19.346	11.968
LIGURIA	37.711	40.385	23,26	25,69	27.328	8.310
EMILIA ROMAGNA	123.501	114.040	30,81	28,30	38.160	39.063
TOSCANA	98.601	75.598	27,79	21,50	44.936	23.945
UMBRIA	26.886	26.994	31,99	32,36	10.202	6.215
MARCHE	44.860	43.643	30,53	29,40	22.035	17.498
LAZIO	143.205	149.726	27,01	29,10	98.524	67.533
ABRUZZO	38.181	40.172	29,80	31,55	28.532	25.384
MOLISE	8.441	8.666	25,80	26,99	8.441	6.386
CAMPANIA	105.368	112.108	18,22	19,58	94.619	65.402
PUGLIA	97.057	85.226	23,75	21,18	81.843	57.134
BASILICATA	9.594	10.982	15,86	18,40	6.305	4.991
CALABRIA	42.891	37.992	20,99	18,93	35.193	25.158
SICILIA	103.719	127.097	20,43	25,56	73.769	52.401
SARDEGNA	35.190	37.981	21,35	23,19	29.537	26.670
<b>ITALIA</b>	<b>1.487.603</b>	<b>1.483.863</b>	<b>25,72</b>	<b>25,89</b>	<b>925.599</b>	<b>650.128</b>

**rischio di inappropriatezza secondo l'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001**

% Ricoveri Ordinari (2001)	% Ricoveri Ordinari (2003)	di cui: Ricoveri DH		% Ricoveri DH (2001)	% Ricoveri DH (2003)
		2001	2003		
62,24	41,80	72.800	102.921	37,76	58,20
57,95	35,26	2.246	2.392	42,05	64,74
66,49	55,76	179.568	215.118	33,51	44,24
84,94	69,86	4.154	8.544	15,06	30,14
66,21	46,16	7.504	10.106	33,79	53,84
57,12	42,87	100.967	122.988	42,88	57,13
63,49	52,93	18.315	20.172	36,51	47,07
63,41	37,07	37.728	59.059	36,59	62,93
48,91	50,56	110.409	90.274	51,09	49,44
58,57	46,75	75.191	71.665	41,43	53,25
52,70	41,89	26.367	28.506	47,30	58,11
62,26	52,67	32.070	31.273	37,74	47,33
68,43	50,47	103.335	164.077	31,57	49,53
74,92	67,46	26.155	31.891	25,08	32,54
95,18	71,24	991	6.169	4,82	28,76
76,82	61,08	71.096	118.872	23,18	38,92
75,46	72,85	69.521	56.479	24,54	27,15
71,29	51,98	9.033	13.545	28,71	48,02
77,93	63,73	28.584	40.539	22,07	36,27
64,70	47,19	114.799	182.013	35,30	52,81
68,56	66,57	32.321	32.110	31,44	33,43
<b>66,39</b>	<b>53,71</b>	<b>1.123.154</b>	<b>1.408.713</b>	<b>33,61</b>	<b>46,29</b>

**l'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001. DRG Chirurgici**

% Ricoveri Ordinari (2001)	% Ricoveri Ordinari (2003)	di cui: Ricoveri DH		% Ricoveri DH (2001)	% Ricoveri DH (2003)
		2001	2003		
56,97	30,87	45.957	81.216	43,03	69,13
53,90	20,22	1.027	1.985	46,10	79,78
64,84	50,60	96.228	131.985	35,16	49,40
78,95	55,97	2.376	5.566	21,05	44,03
42,68	18,99	6.321	8.946	57,32	81,01
39,76	22,99	81.404	103.537	60,24	77,01
59,98	42,82	12.910	15.980	40,02	57,18
72,47	20,58	10.383	32.075	27,53	79,42
30,90	34,25	85.341	74.977	69,10	65,75
45,57	31,67	53.665	51.653	54,43	68,33
37,95	23,02	16.684	20.779	62,05	76,98
49,12	40,09	22.825	26.145	50,88	59,91
68,80	45,10	44.681	82.193	31,20	54,90
74,73	63,19	9.649	14.788	25,27	36,81
100,00	73,69	0	2.280	0,00	26,31
89,80	58,34	10.749	46.706	10,20	41,66
84,32	67,04	15.214	28.092	15,68	32,96
65,72	45,45	3.289	5.991	34,28	54,55
82,05	66,22	7.698	12.834	17,95	33,78
71,12	41,23	29.950	74.696	28,88	58,77
83,94	70,22	5.653	11.311	16,06	29,78
<b>62,22</b>	<b>43,81</b>	<b>562.004</b>	<b>833.735</b>	<b>37,78</b>	<b>56,19</b>

Tabella C - Confronto 2001-2003 per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo

Regione	Totale Ricoveri		Totale ricoveri per 1000 abitanti		di cui: Ricoveri Ordinari	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003
PIEMONTE	86.001	59.353	20,05	14,03	59.158	37.648
VALLE D'AOSTA	3.113	1.207	25,81	9,98	1.894	800
LOMBARDIA	262.194	219.029	28,74	24,05	178.854	135.896
BOLZANO	16.305	15.704	35,04	33,60	14.527	12.726
TRENTO	11.182	7.726	23,40	15,99	9.999	6.566
VENETO	100.351	80.845	22,10	17,66	80.788	61.394
FRIULI VENEZIA G.	17.907	14.909	15,07	12,51	12.502	10.717
LIGURIA	65.407	53.458	40,35	34,00	38.062	26.474
EMILIA ROMAGNA	92.586	68.563	23,10	17,01	67.518	53.266
TOSCANA	82.877	58.988	23,36	16,78	61.351	38.976
UMBRIA	28.855	22.064	34,33	26,45	19.172	14.337
MARCHE	40.123	22.427	27,31	15,11	30.878	17.299
LAZIO	184.167	181.568	34,73	35,28	125.513	99.684
ABRUZZO	66.116	57.822	51,60	45,41	49.610	40.719
MOLISE	12.114	12.782	37,03	39,81	11.123	8.893
CAMPANIA	201.307	193.339	34,81	33,77	140.960	121.173
PUGLIA	186.236	122.825	45,57	30,52	131.929	94.438
BASILICATA	21.872	17.227	36,16	28,86	16.128	9.673
CALABRIA	86.616	73.773	42,39	36,75	65.730	46.068
SICILIA	221.451	217.548	43,62	43,75	136.602	110.231
SARDEGNA	67.613	58.073	41,03	35,46	40.945	37.274
<b>ITALIA</b>	<b>1.854.393</b>	<b>1.559.230</b>	<b>32,06</b>	<b>27,20</b>	<b>1.293.243</b>	<b>984.252</b>

Tabella D - Riepilogo ricoveri per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo l'allegato

Codice e denominazione DRG	Totale ricoveri 2001	Totale ricoveri 2003	Variazione % 2003 - 2001
006 DECOMPRESIONE DEL TUNNEL CARPALE	81.430	84.237	3,45
039 INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA.	434.657	444.715	2,31
040 INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA ETA'>17	47.087	44.908	-4,63
041 INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA ETA' 0-17	8.895	9.362	5,25
042 INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO RETINA IRIDE E CRISTALLINO	53.207	36.140	-32,08
055 MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	71.280	72.548	1,78
119 LEGATURA E STRIPPING DI VENE	110.687	111.487	0,72
158 INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	68.606	69.416	1,18
160 INTERVENTI PER ERNIA ECCETTO INGUINALE E FEMORALE ETA'>17 SENZA CC	25.959	27.033	4,14
162 INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA'>17 SENZA CC	147.478	152.917	3,69
163 INTERVENTI PER ERNIA ETA' 0-17	16.030	14.922	-6,91
222 INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC.	143.296	153.380	7,04
232 ARTROSCOPIA	26.734	22.766	-14,84
262 BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNIE	32.261	31.417	-2,62
267 INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	26.841	26.483	-1,33
270 ALTRI INTERVENTI SU PELLE TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC.	81.454	76.821	-5,69
364 DILATAZIONE E RASCHIAMENTO CON IZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNIE	111.701	105.311	-5,72
<b>Totale dimessi con DRG Chirurgici</b>	<b>1.487.603</b>	<b>1.483.863</b>	<b>-0,25</b>
<b>Totale dimessi 43 DRG LEA</b>	<b>3.341.996</b>	<b>3.043.093</b>	<b>-8,94</b>

## DRG ad alto rischio di inappropriatazza - Anno 2003

### l'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001. DRG Medici

% Ricoveri Ordinari (2001)	% Ricoveri Ordinari (2003)	di cui: Ricoveri DH		% Ricoveri DH (2001)	% Ricoveri DH (2003)
		2001	2003		
68,79	63,43	26.843	21.705	31,21	36,57
60,84	66,28	1.219	407	39,16	33,72
68,21	62,04	83.340	83.133	31,79	37,96
89,10	81,04	1.778	2.978	10,90	18,96
89,42	84,99	1.183	1.160	10,58	15,01
80,51	75,94	19.563	19.451	19,49	24,06
69,82	71,88	5.405	4.192	30,18	28,12
58,19	49,52	27.345	26.984	41,81	50,48
72,92	77,69	25.068	15.297	27,08	22,31
74,03	66,07	21.526	20.012	25,97	33,93
66,44	64,98	9.683	7.727	33,56	35,02
76,96	77,13	9.245	5.128	23,04	22,87
68,15	54,90	58.654	81.884	31,85	45,10
75,03	70,42	16.506	17.103	24,97	29,58
91,82	69,57	991	3.889	8,18	30,43
70,02	62,67	60.347	72.166	29,98	37,33
70,84	76,89	54.307	28.387	29,16	23,11
73,74	56,15	5.744	7.554	26,26	43,85
75,89	62,45	20.886	27.705	24,11	37,55
61,68	50,67	84.849	107.317	38,32	49,33
60,56	64,18	26.668	20.799	39,44	35,82
<b>69,74</b>	<b>63,12</b>	<b>561.150</b>	<b>574.978</b>	<b>30,26</b>	<b>36,88</b>

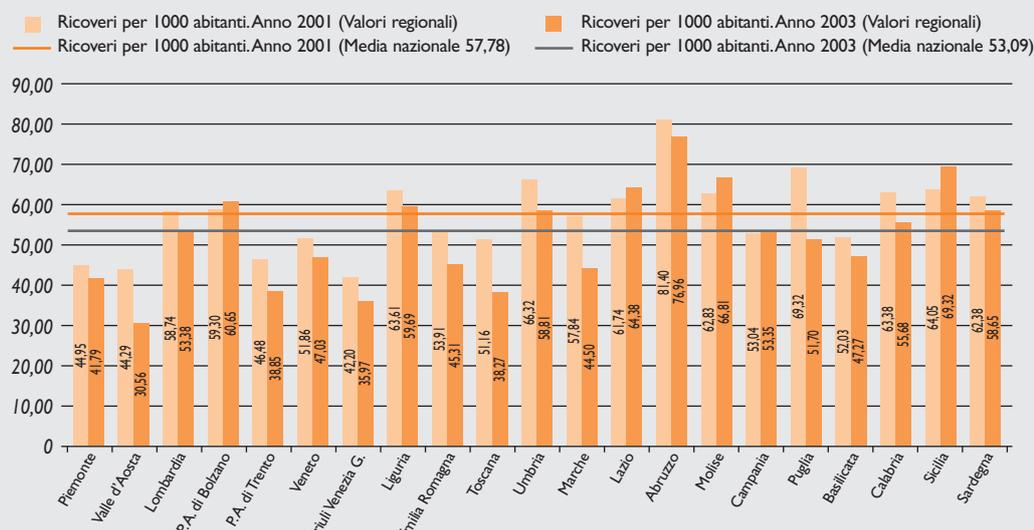
### 2C del DPCM del 29.11.2001. DRG Chirurgici

Ricoveri ordinari 2001	Ricoveri ordinari 2003	Variazione % 2003 - 2001	Ricoveri DH 2001	Ricoveri DH 2003	Variazione % 2003-2001
27.279	16.095	-41,00	54.151	68.142	25,84
230.515	116.577	-49,43	204.142	328.138	60,74
21.876	15.262	-30,23	25.211	29.646	17,59
6.418	5.587	-12,95	2.477	3.775	52,40
34.628	22.880	-33,93	18.579	13.260	-28,63
60.979	52.818	-13,38	10.301	19.730	91,53
76.441	53.494	-30,02	34.246	57.993	69,34
57.212	48.520	-15,19	11.394	20.896	83,39
23.491	21.916	-6,70	2.468	5.117	107,33
112.126	87.560	-21,91	35.352	65.357	84,87
12.700	9.696	-23,65	3.330	5.226	56,94
114.001	98.890	-13,26	29.295	54.490	86,00
21.651	15.330	-29,19	5.083	7.436	46,29
17.622	12.058	-31,57	14.639	19.359	32,24
18.809	13.735	-26,98	8.032	12.748	58,72
32.001	21.009	-34,35	49.453	55.812	12,86
57.850	38.701	-33,10	53.851	66.610	23,69
<b>925.599</b>	<b>650.128</b>	<b>-29,76</b>	<b>562.004</b>	<b>833.735</b>	<b>48,35</b>
<b>2.218.842</b>	<b>1.634.380</b>	<b>-26,34</b>	<b>1.123.154</b>	<b>1.408.713</b>	<b>25,42</b>

**Tabella E - Riepilogo ricoveri per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo l'allegato**

Codice e denominazione DRG	Totale ricoveri 2001	Totale ricoveri 2003	Variazione % 2003 - 2001
019 MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	36.538	32.673	-10,58
025 CONVULSIONI E CEFALEA ETA>17 SENZA CC	55.034	45.732	-16,90
065 ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	66.758	53.164	-20,36
131 MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC	57.375	49.507	-13,71
133 ATEROSCLEROSI SENZA CC	50.664	42.673	-15,77
134 IPERTENSIONE	145.725	118.384	-18,76
142 SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	40.882	33.774	-17,39
183 ESOFAGITE GASTROENTERITE E MISCELLANEA MAL.APP.DIGERENTE ETA>17 SENZA CC	222.211	180.499	-18,77
184 ESOFAGITE GASTROENTERITE E MISCELLANEA MAL.APP.DIGERENTE ETA' 0-17	130.443	103.067	-20,99
187 ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	27.132	22.248	-18,00
208 MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC	49.144	44.087	-10,29
243 AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	168.355	127.252	-24,41
276 PATOLOGIE NON MALIGNHE DELLA MAMMELLA	9.193	8.205	-10,75
281 TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA>17 SENZA CC	50.684	40.118	-20,85
282 TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA' 0-17	22.502	17.572	-21,91
283 MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC.	9.777	7.517	-23,12
284 MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC.	91.872	72.750	-20,81
294 DIABETE ETA' >35	96.066	79.654	-17,08
301 MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC.	98.041	93.737	-4,39
324 CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	82.871	64.198	-22,53
326 SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE ETA>17 SENZA CC	18.832	16.580	-11,96
395 ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI ETA>17	86.971	82.586	-5,04
426 NEVROSI DEPRESSIVE	31.953	22.728	-28,87
427 NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE.	11.782	9.958	-15,48
429 DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE.	48.602	42.379	-12,80
467 ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE.	144.986	148.188	2,21
<b>Totale dimessi con DRG Medici</b>	<b>1.854.393</b>	<b>1.559.230</b>	<b>-15,92</b>
<b>Totale dimessi 43 DRG LEA</b>	<b>3.341.996</b>	<b>3.043.093</b>	<b>-8,94</b>

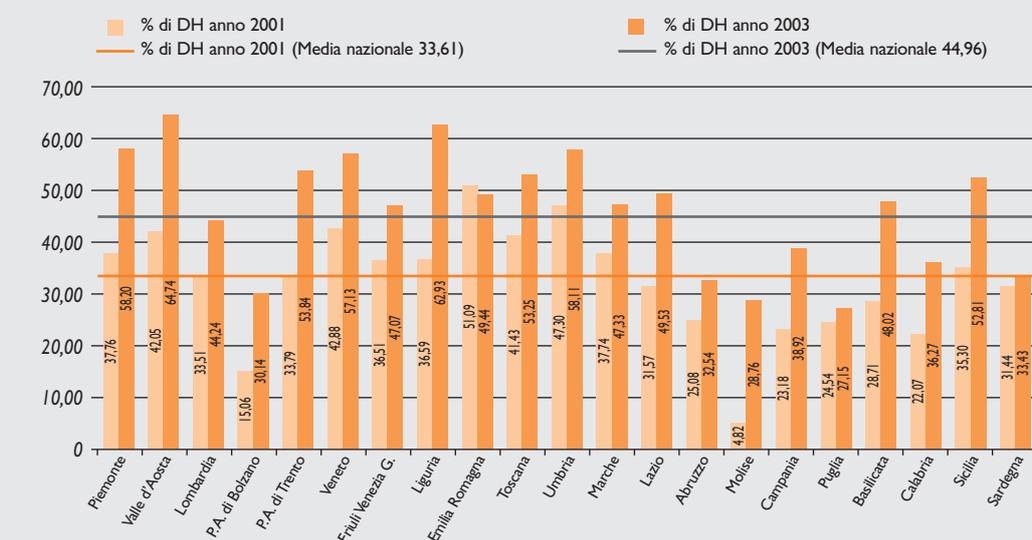
**Figura I - Ricoveri per 1000 Abitanti per i 43 DGR Valori per Regione. Anni 2001-2003**



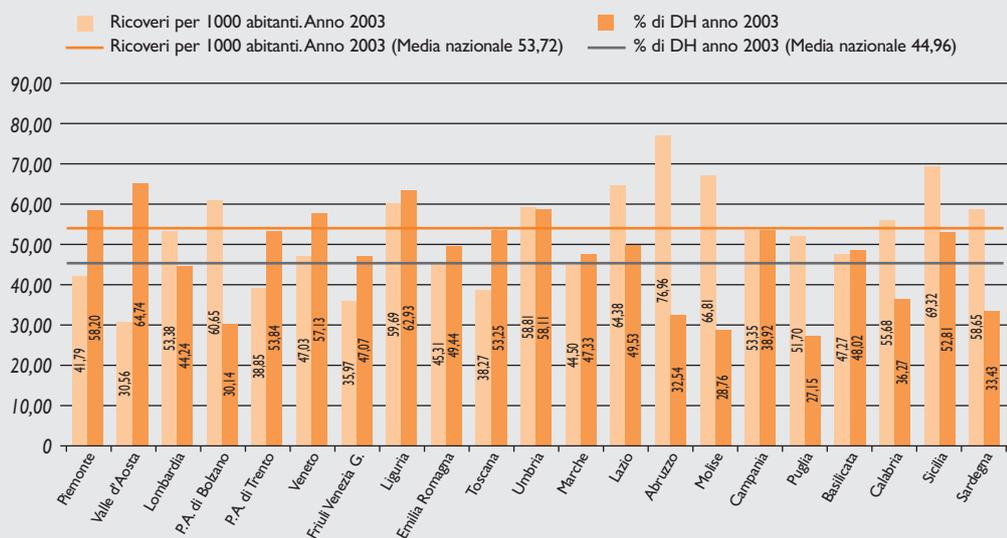
2C del DPCM del 29.11.2001. DRG Medici

Ricoveri ordinari 2001	Ricoveri ordinari 2003	Variazione % 2003 - 2001	Ricoveri DH 2001	Ricoveri DH 2003	Variazione % 2003-2001
24.948	18.870	-24,36	11.590	13.803	19,09
44.182	34.145	-22,72	10.852	11.587	6,77
55.189	40.406	-26,79	11.569	12.758	10,28
40.608	31.570	-22,26	16.767	17.937	6,98
35.046	26.085	-25,57	15.618	16.588	6,21
85.703	56.851	-33,67	60.022	61.533	2,52
37.388	30.438	-18,59	3.494	3.336	-4,52
177.219	135.169	-23,73	44.992	45.330	0,75
107.947	80.878	-25,08	22.496	22.189	-1,36
13.502	6.727	-50,18	13.630	15.521	13,87
42.832	37.692	-12,00	6.312	6.395	1,31
142.389	102.151	-28,26	25.966	25.101	-3,33
2.859	1.866	-34,73	6.334	6.339	0,08
48.079	37.348	-22,32	2.605	2.770	6,33
21.955	17.117	-22,04	547	455	-16,82
8.023	5.717	-28,74	1.754	1.800	2,62
47.044	27.430	-41,69	44.828	45.320	1,10
54.847	40.748	-25,71	41.219	38.906	-5,61
32.895	24.569	-25,31	65.146	69.168	6,17
66.303	48.706	-26,54	16.568	15.492	-6,49
13.348	11.337	-15,07	5.484	5.243	-4,39
50.011	44.585	-10,85	36.960	38.001	2,82
26.951	18.204	-32,46	5.002	4.524	-9,56
8.281	6.188	-25,27	3.501	3.770	7,68
36.403	29.947	-17,73	12.199	12.432	1,91
69.291	69.508	0,31	75.695	78.680	3,94
<b>1.293.243</b>	<b>984.252</b>	<b>-23,89</b>	<b>561.150</b>	<b>574.978</b>	<b>2,46</b>
<b>2.218.842</b>	<b>1.634.380</b>	<b>-26,34</b>	<b>1.123.154</b>	<b>1.408.713</b>	<b>25,42</b>

Figura 2 - % Ricoveri in regime di DH 43 DRG  
Anni 2001-2003



### Figura 3 - Ricoveri per 1000 abitanti e % Ricoveri DH 43 DRG Anno 2003



### Tabella G - Confronto 2001-2003 dei Ricoveri (Totali, Ordinari, Day Hospital) per i 32 DRG ritenuti

Regione	Totale Ricoveri		Totale ricoveri per 1000 abitanti		di cui: Ricoveri Ordinari	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003
PIEMONTE	112.430	108.015	26,21	25,53	65.332	54.484
VALLE D'AOSTA	2.648	2.493	21,96	20,62	1.670	1.585
LOMBARDIA	292.653	287.705	32,08	31,59	179.500	163.483
BOLZANO	11.528	13.503	24,78	28,89	9.221	8.822
TRENTO	13.830	12.366	28,94	25,59	8.899	6.583
VENETO	125.438	117.049	27,62	25,57	73.521	61.100
FRIULI VENEZIA G.	30.043	28.705	25,28	24,09	17.722	16.103
LIGURIA	51.369	52.373	31,69	33,31	27.862	22.381
EMILIA ROMAGNA	116.287	111.562	29,01	27,68	67.102	64.542
TOSCANA	90.702	87.783	25,57	24,96	49.045	40.721
UMBRIA	25.829	23.887	30,73	28,63	13.102	11.793
MARCHE	38.537	35.594	26,23	23,98	26.281	22.676
LAZIO	169.249	185.798	31,92	36,11	108.664	102.293
ABRUZZO	46.842	49.105	36,56	38,57	33.316	32.703
MOLISE	7.856	8.641	24,01	26,92	7.418	5.592
CAMPANIA	170.143	177.465	29,43	31,00	115.419	99.634
PUGLIA	143.643	123.384	35,15	30,66	108.180	94.431
BASILICATA	16.355	15.622	27,04	26,18	10.511	8.148
CALABRIA	57.911	62.368	28,34	31,07	41.380	39.845
SICILIA	170.058	188.862	33,50	37,98	98.348	92.421
SARDEGNA	56.566	58.125	34,32	35,49	34.088	34.736
<b>ITALIA</b>	<b>1.749.917</b>	<b>1.750.405</b>	<b>30,25</b>	<b>30,54</b>	<b>1.096.581</b>	<b>984.076</b>

Si riporta, a titolo esemplificativo, la distribuzione regionale del DRG 039 che risulta essere (nell'ambito dei 43 DRG "ad alto rischio di inappropriatazza") quello con la maggior frequenza di ricoveri.

**Tabella F - DRG 039: interventi sul cristallino con o senza vitrectomia**

Regione	Totale ricoveri (2001)	Totale ricoveri (2003)	Ricoveri per 1.000 abit. (2001)	Ricoveri per 1.000 abit. (2003)	% Ricoveri ordinari (2001)	% Ricoveri ordinari (2003)	% Ricoveri DH (2001)	% Ricoveri DH (2003)	Saldo migratorio (2001)	Saldo migratorio (2003)
PIEMONTE	33.285	43.708	7,76	10,33	43,24	15,26	56,76	84,74	-124	898
VALLE D'AOSTA	538	759	4,46	6,28	67,29	0,66	32,71	99,34	-160	-143
LOMBARDIA	80.677	78.796	8,84	8,65	54,25	25,78	45,75	74,22	3867	2436
BOLZANO	3.161	3.563	6,79	7,62	67,51	45,30	32,49	54,70	137	58
TRENTO	3.028	3.207	6,34	6,64	20,15	8,39	79,85	91,61	-178	-252
VENETO	34.055	37.131	7,50	8,11	20,51	5,65	79,49	94,35	2345	2837
FRIULI VENEZIA G.	9.409	5.992	7,92	5,03	61,43	16,86	38,57	83,14	-979	-1246
LIGURIA	11.767	14.025	7,26	8,92	74,28	7,32	25,72	92,68	-1718	-1672
EMILIA ROMAGNA	39.433	30.792	9,84	7,64	7,69	4,40	92,31	95,60	1364	835
TOSCANA	34.827	15.196	9,82	4,32	31,82	10,96	68,18	89,04	2640	1055
UMBRIA	8.333	9.440	9,91	11,32	8,70	2,86	91,30	97,14	853	1340
MARCHE	16.343	16.635	11,12	11,21	26,85	14,43	73,15	85,57	446	472
LAZIO	39.141	46.468	7,38	9,03	63,74	28,47	36,26	71,53	43	451
ABRUZZO	9.986	10.533	7,79	8,27	75,30	50,26	24,70	49,74	-812	-535
MOLISE	3.573	3.596	10,92	11,20	100,00	77,53	0,00	22,47	1149	1096
CAMPANIA	24.633	27.210	4,26	4,75	95,34	54,26	4,66	45,74	-2166	-2159
PUGLIA	28.556	26.059	6,99	6,48	79,22	44,96	20,78	55,04	-1159	-1660
BASILICATA	2.571	4.148	4,25	6,95	52,08	31,92	47,92	68,08	-1331	-427
CALABRIA	12.707	12.070	6,22	6,01	95,14	67,31	4,86	32,69	-674	-1159
SICILIA	25.608	40.837	5,04	8,21	79,64	24,77	20,36	75,23	-2880	-1582
SARDEGNA	13.026	14.550	7,90	8,88	96,32	72,32	3,68	27,68	-269	-278
<b>ITALIA</b>	<b>434.657</b>	<b>444.715</b>	<b>7,51</b>	<b>7,76</b>	<b>53,03</b>	<b>26,21</b>	<b>46,97</b>	<b>73,79</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**a rischio di inappropriatazza, ma non compresi nell'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001**

% Ricoveri Ordinari (2001)	% Ricoveri Ordinari (2003)	di cui: Ricoveri DH		% Ricoveri DH (2001)	% Ricoveri DH (2003)
		2001	2003		
58,11	50,44	47.098	53.531	46,40	49,56
63,07	63,58	978	908	37,48	36,42
61,34	56,82	113.153	124.222	42,17	43,18
79,99	65,33	2.307	4.681	23,78	34,67
64,35	53,23	4.931	5.783	42,49	46,77
58,61	52,20	51.917	55.949	49,77	47,80
58,99	56,10	12.321	12.602	49,39	43,90
54,24	42,73	23.507	29.992	41,15	57,27
57,70	57,85	49.185	47.020	47,16	42,15
54,07	46,39	41.657	47.062	54,38	53,61
50,73	49,37	12.727	12.094	54,17	50,63
68,20	63,71	12.256	12.918	37,05	36,29
64,20	55,06	60.585	83.505	35,44	44,94
71,12	66,60	13.526	16.403	27,47	33,40
94,42	64,71	438	3.049	0,00	35,29
67,84	56,14	54.724	77.831	22,67	43,86
75,31	76,53	35.463	28.953	17,07	23,47
64,27	52,16	5.844	7.474	31,95	47,84
71,45	63,89	16.531	22.523	25,92	36,11
57,83	48,94	71.710	96.441	38,52	51,06
60,26	59,76	22.478	23.389	23,02	40,24
<b>62,66</b>	<b>56,22</b>	<b>653.336</b>	<b>766.330</b>	<b>38,53</b>	<b>43,78</b>

Tabella H - Confronto 2001-2003 per i 32 DRG ritenuti a rischio di inappropriatazza, ma non

Regione	Totale Ricoveri		Totale ricoveri per 1000 abitanti		di cui: Ricoveri Ordinari	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003
PIEMONTE	46.619	39.973	10,87	9,45	30.058	27.544
VALLE D'AOSTA	1.442	1.142	11,96	9,45	916	781
LOMBARDIA	137.550	127.653	15,08	14,01	89.808	81.830
BOLZANO	5.732	6.375	12,32	13,64	4.803	4.708
TRENTO	6.353	5.615	13,29	11,62	4.599	4.280
VENETO	56.354	47.114	12,41	10,29	38.820	31.425
FRIULI VENEZIA G.	11.779	10.364	9,91	8,70	8.478	7.351
LIGURIA	27.146	26.575	16,75	16,90	13.607	12.846
EMILIA ROMAGNA	52.790	45.112	13,17	11,19	33.550	29.976
TOSCANA	42.102	38.164	11,87	10,85	26.873	23.279
UMBRIA	14.257	12.067	16,96	14,47	7.798	7.133
MARCHE	18.185	14.685	12,38	9,89	13.469	11.626
LAZIO	87.148	97.559	16,44	18,96	55.661	51.767
ABRUZZO	28.841	30.260	22,51	23,77	20.260	20.506
MOLISE	4.778	5.473	14,60	17,05	4.340	3.757
CAMPANIA	99.915	104.356	17,28	18,23	61.111	56.088
PUGLIA	84.890	65.334	20,77	16,24	59.459	52.609
BASILICATA	10.866	9.371	17,97	15,70	6.776	5.073
CALABRIA	37.089	40.830	18,15	20,34	25.956	25.868
SICILIA	100.714	109.343	19,84	21,99	55.713	54.743
SARDEGNA	37.732	36.691	22,90	22,40	19.590	20.357
<b>ITALIA</b>	<b>912.282</b>	<b>874.056</b>	<b>15,77</b>	<b>15,25</b>	<b>581.645</b>	<b>533.547</b>

Tabella I - Confronto 2001-2003 per i 32 DRG ritenuti a rischio di inappropriatazza, ma non

Regione	Totale Ricoveri		Totale ricoveri per 1000 abitanti		di cui: Ricoveri Ordinari	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003
PIEMONTE	65.811	68.042	15,34	16,08	35.274	26.940
VALLE D'AOSTA	1.206	1.351	10,00	11,17	754	804
LOMBARDIA	155.103	160.052	17,00	17,57	89.692	81.653
BOLZANO	5.796	7.128	12,46	15,25	4.418	4.114
TRENTO	7.477	6.751	15,65	13,97	4.300	2.303
VENETO	69.084	69.935	15,21	15,28	34.701	29.675
FRIULI VENEZIA G.	18.264	18.341	15,37	15,39	9.244	8.752
LIGURIA	24.223	25.798	14,94	16,41	14.255	9.535
EMILIA ROMAGNA	63.497	66.450	15,84	16,49	33.552	34.566
TOSCANA	48.600	49.619	13,70	14,11	22.172	17.442
UMBRIA	11.572	11.820	13,77	14,17	5.304	4.660
MARCHE	20.352	20.909	13,85	14,08	12.812	11.050
LAZIO	82.101	88.239	15,48	17,15	53.003	50.526
ABRUZZO	18.001	18.845	14,05	14,80	13.056	12.196
MOLISE	3.078	3.168	9,41	9,87	3.078	1.835
CAMPANIA	70.228	73.109	12,15	12,77	54.308	43.546
PUGLIA	58.753	58.050	14,38	14,43	48.721	41.822
BASILICATA	5.489	6.251	9,08	10,47	3.735	3.075
CALABRIA	20.822	21.538	10,19	10,73	15.424	13.977
SICILIA	69.344	79.519	13,66	15,99	42.635	37.678
SARDEGNA	18.834	21.434	11,43	13,09	14.498	14.379
<b>ITALIA</b>	<b>837.635</b>	<b>876.349</b>	<b>14,48</b>	<b>15,29</b>	<b>514.936</b>	<b>450.528</b>

## DRG ad alto rischio di inappropriatezza - Anno 2003

### compresi nell'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001. DRG Medici

% Ricoveri Ordinari (2001)	% Ricoveri Ordinari (2003)	di cui: Ricoveri DH		% Ricoveri DH (2001)	% Ricoveri DH (2003)
		2001	2003		
64,48	68,91	16.561	12.429	35,52	31,09
63,52	68,39	526	361	36,48	31,61
65,29	64,10	47.742	45.823	34,71	35,90
83,79	73,85	929	1.667	16,21	26,15
72,39	76,22	1.754	1.335	27,61	23,78
68,89	66,70	17.534	15.689	31,11	33,30
71,98	70,93	3.301	3.013	28,02	29,07
50,13	48,34	13.539	13.729	49,87	51,66
63,55	66,45	19.240	15.136	36,45	33,55
63,83	61,00	15.229	14.885	36,17	39,00
54,70	59,11	6.459	4.934	45,30	40,89
74,07	79,17	4.716	3.059	25,93	20,83
63,87	53,06	31.487	45.792	36,13	46,94
70,25	67,77	8.581	9.754	29,75	32,23
90,83	68,65	438	1.716	9,17	31,35
61,16	53,75	38.804	48.268	38,84	46,25
70,04	80,52	25.431	12.725	29,96	19,48
62,36	54,14	4.090	4.298	37,64	45,86
69,98	63,36	11.133	14.962	30,02	36,64
55,32	50,07	45.001	54.600	44,68	49,93
51,92	55,48	18.142	16.334	48,08	44,52
<b>63,76</b>	<b>61,04</b>	<b>330.637</b>	<b>340.509</b>	<b>36,24</b>	<b>38,96</b>

### compresi nell'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001. DRG Chirurgici

% Ricoveri Ordinari (2001)	% Ricoveri Ordinari (2003)	di cui: Ricoveri DH		% Ricoveri DH (2001)	% Ricoveri DH (2003)
		2001	2003		
53,60	39,59	30.537	41.102	46,40	60,41
62,52	59,51	452	547	37,48	40,49
57,83	51,02	65.411	78.399	42,17	48,98
76,22	57,72	1.378	3.014	23,78	42,28
57,51	34,11	3.177	4.448	42,49	65,89
50,23	42,43	34.383	40.260	49,77	57,57
50,61	47,72	9.020	9.589	49,39	52,28
58,85	36,96	9.968	16.263	41,15	63,04
52,84	52,02	29.945	31.884	47,16	47,98
45,62	35,15	26.428	32.177	54,38	64,85
45,83	39,42	6.268	7.160	54,17	60,58
62,95	52,85	7.540	9.859	37,05	47,15
64,56	57,26	29.098	37.713	35,44	42,74
72,53	64,72	4.945	6.649	27,47	35,28
100,00	57,92	0	1.333	0,00	42,08
77,33	59,56	15.920	29.563	22,67	40,44
82,93	72,04	10.032	16.228	17,07	27,96
68,05	49,19	1.754	3.176	31,95	50,81
74,08	64,89	5.398	7.561	25,92	35,11
61,48	47,38	26.709	41.841	38,52	52,62
76,98	67,09	4.336	7.055	23,02	32,91
<b>61,47</b>	<b>51,41</b>	<b>322.699</b>	<b>425.821</b>	<b>38,53</b>	<b>48,59</b>

Tabella L - Riepilogo ricoveri per i 32 DRG ritenuti a rischio di inappropriatelyzza, ma non

Codice e denominazione DRG	Totale ricoveri 2001	Totale ricoveri 2003	Variazione % 2003 - 2001
47 ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	78.272	68.564	-12,40
073 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	43.413	40.549	-6,60
074 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	17.458	16.137	-7,57
088 MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	141.796	141.415	-0,27
090 POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	37.417	38.262	2,26
091 POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	28.131	27.238	-3,17
206 MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	95.860	87.991	-8,21
245 MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	52.967	46.021	-13,11
256 ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	54.719	66.125	20,84
295 DIABETE ETA' < 36	17.419	18.341	5,29
321 INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	35.379	30.335	-14,26
322 INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18	17.883	16.282	-8,95
323 CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	64.574	67.191	4,05
332 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	35.621	31.302	-12,12
349 IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	23.293	22.926	-1,58
350 INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	17.868	16.096	-9,92
369 DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	97.611	86.993	-10,88
411 ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	52.601	52.288	-0,60
<b>Totale dimessi con DRG Medici</b>	<b>912.282</b>	<b>874.056</b>	<b>-4,19</b>
<b>Totale dimessi 32 DRG</b>	<b>1.749.917</b>	<b>1.750.405</b>	<b>0,03</b>

Tabella M - Riepilogo ricoveri per i 32 DRG ritenuti a rischio di inappropriatelyzza, ma non

Codice e denominazione DRG	Totale ricoveri 2001	Totale ricoveri 2003	Variazione % 2003 - 2001
059 TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17	16.139	14.743	-8,65
060 TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	70.427	57.542	-18,30
169 INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	32.354	41.760	29,07
227 INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	50.314	53.443	6,22
229 INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	75.779	83.896	10,71
266 TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	104.704	112.380	7,33
311 INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	48.036	50.515	5,16
315 ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	13.507	14.914	10,42
339 INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' > 17	39.861	39.148	-1,79
340 INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' < 18	16.837	17.380	3,23
342 CIRCONCISIONE ETA' > 17	16.822	17.853	6,13
343 CIRCONCISIONE ETA' < 18	8.839	8.286	-6,26
359 INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	131.732	147.923	12,29
381 ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	212.284	216.566	2,02
<b>Totale dimessi con DRG Chirurgici</b>	<b>837.635</b>	<b>876.349</b>	<b>4,62</b>
<b>Totale dimessi 32 DRG</b>	<b>1.749.917</b>	<b>1.750.405</b>	<b>0,03</b>

DRG ad alto rischio di inappropriatazza - Anno 2003

compresi nell'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001. DRG Medici

Ricoveri ordinari 2001	Ricoveri ordinari 2003	Variazione % 2003 - 2001	Ricoveri DH 2001	Ricoveri DH 2003	Variazione % 2003-2001
41.924	28.604	-31,77	36.348	39.960	9,94
26.640	21.873	-17,89	16.773	18.676	11,35
9.496	7.482	-21,21	7.962	8.655	8,70
121.960	122.770	0,66	19.836	18.645	-6,00
34.286	35.066	2,28	3.131	3.196	2,08
26.143	25.763	-1,45	1.988	1.475	-25,80
38.588	32.305	-16,28	57.272	55.686	-2,77
38.832	33.230	-14,43	14.135	12.791	-9,51
41.925	50.966	21,56	12.794	15.159	18,49
6.643	6.138	-7,60	10.776	12.203	13,24
27.866	23.478	-15,75	7.513	6.857	-8,73
11.875	10.564	-11,04	6.008	5.718	-4,83
48.668	46.081	-5,32	15.906	21.110	32,72
20.471	16.614	-18,84	15.150	14.688	-3,05
10.510	8.711	-17,12	12.783	14.215	11,20
12.023	9.336	-22,35	5.845	6.760	15,65
49.190	41.785	-15,05	48.421	45.208	-6,64
14.605	12.781	-12,49	37.996	39.507	3,98
<b>581.645</b>	<b>533.547</b>	<b>-8,27</b>	<b>330.637</b>	<b>340.509</b>	<b>2,99</b>
<b>1.096.581</b>	<b>984.075</b>	<b>-10,26</b>	<b>653.336</b>	<b>766.330</b>	<b>17,29</b>

compresi nell'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001. DRG Chirurgici

Ricoveri ordinari 2001	Ricoveri ordinari 2003	Variazione % 2003 - 2001	Ricoveri DH 2001	Ricoveri DH 2003	Variazione % 2003-2001
14.362	11.830	-17,63	1.777	2.913	63,93
59.032	38.991	-33,95	11.395	18.551	62,80
15.635	15.317	-2,03	16.719	26.443	58,16
33.053	30.741	-6,99	17.261	22.702	31,52
40.902	36.316	-11,21	34.877	47.580	36,42
34.117	28.341	-16,93	70.587	84.039	19,06
41.516	40.224	-3,11	6.520	10.291	57,84
11.055	11.560	4,57	2.452	3.354	36,79
30.930	24.698	-20,15	8.931	14.450	61,80
13.814	12.274	-11,15	3.023	5.106	68,91
7.441	5.589	-24,89	9.381	12.264	30,73
5.720	3.879	-32,19	3.119	4.407	41,30
117.159	116.583	-0,49	14.573	31.340	115,06
90.200	74.185	-17,75	122.084	142.381	16,63
<b>514.936</b>	<b>450.528</b>	<b>-12,51</b>	<b>322.699</b>	<b>425.821</b>	<b>31,96</b>
<b>1.096.581</b>	<b>984.075</b>	<b>-10,26</b>	<b>653.336</b>	<b>766.330</b>	<b>17,29</b>

## Mobilità ospedaliera - Anno 2003

76

monitor

el presente studio è contenuta l'analisi dei dati relativi alla "mobilità sanitaria" ricavati dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), messe a disposizione dal Ministero della salute – Direzione generale della Programmazione. L'analisi si riferisce all'anno 2003, ma nelle tabelle 1,2,3 sono riportati i dati di confronto con gli anni precedenti 2000-2002.

Le tabelle di seguito riportate (da 1 a 4) evidenziano i flussi migratori e i tassi di ospedalizzazione delle diverse Regioni.

Complessivamente i ricoveri effettuati in mobilità sono stati 932.874 nell'anno 2000, 975.108 nell'anno 2001, 988.027 nell'anno 2002 e, con una lieve flessione, 976.110 nell'anno 2003.

La Regione Lombardia, con 119.091 ricoveri, presenta il saldo migratorio attivo (mobilità attiva meno mobilità passiva) più alto, seguita dall'Emilia Romagna con 60.805, dal Lazio con 41.659, dal Veneto con 38.175 e dalla Toscana con 35.941.

La Regione con il più alto saldo migratorio passivo (mobilità passiva meno mobilità attiva) è la Campania -61.350, seguita dalla Calabria -52.265, dalla Sicilia -42.926, dalla Puglia -29.345, e dalla Basilicata -16.908.

Le tabelle 5 e 6 evidenziano il flusso della mobilità passiva (distinto per Regione, dove è avvenuto il ricovero) e il flusso della mobilità attiva (distinto per Regione di provenienza del ricoverato).

Nella tabella 7 si evidenzia come solo il 5,46% dei ricoveri in mobilità si riferisce a prestazioni di alta specialità; il 35,74% rientra nei 43 DRG ritenuti a rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario, secondo il DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, nonché negli ulteriori 32 DRG ritenuti da alcune Regioni ugualmente inappropriati in regime di ricovero ordinario; il 58,8% dei ricoveri, infine, risulta determinato da esigenze assistenziali di ordinario livello.

La suddetta distribuzione dei ricoveri dà conferma del fatto che una parte molto consistente della mobilità non appare motivata dall'inadeguatezza qualitativa delle strutture nelle località di provenienza degli assistiti e quindi potrebbe essere ridotta anche nel breve periodo.

Discorso a parte va fatto, naturalmente, per la mobilità determinata da ragioni accidentali (di lavoro, turismo, studio, ecc.) o per quella che si verifica verso le

strutture di confine, che trova una sostanziale plausibilità essendo legata a fattori di più agevole accessibilità o alle abitudini consolidate.

Le tabelle 8 e 9 evidenziano la mobilità passiva tra Regioni sia per il totale di DRG a rischio di inappropriata (complessivamente 348.819 ricoveri in mobilità), sia dei 54 DRG di alta specialità (complessivamente 53.258 ricoveri in mobilità), distinguendo per Regione dove è avvenuto il ricovero.

Con la tabella 10 si rilevano i ricoveri che originano un consistente flusso di mobilità, che per ben 6 DRG è superiore al 30%. Tra questi il DRG 480 "Trapianto del fegato" ha la percentuale più alta con il 46,53%; seguono il DRG 103 "Trapianto cardiaco" con il 39,46%, il DRG "Interventi per malattie endocrine nutrizionali e metaboliche" con il 36,55%, il DRG "Trapianto renale" con il 34,17%, il DRG "Craniotomia età <18 anni" con il 31,57%, il DRG "Ustioni estese con intervento chirurgico" con il 30,80%.

La tabella 11 evidenzia, per ciascuna Regione, la distribuzione dei ricoveri in mobilità passiva presso le prime 10 strutture ospedaliere di destinazione. Per alcune Regioni si tratta, quasi esclusivamente, di mobilità presso ospedali di confine, mentre per altre si evidenzia in modo significativo il ricorso all'assistenza presso ospedali di Regioni lontane da quelle di residenza,

in cerca di servizi specializzati.

Da ultimo sono riportati, nelle tabelle da 12 a 16, i dati degli ospedali che effettuano il più alto numero di ricoveri in mobilità, distinti per le diverse tipologie di struttura: IRCCS, Policlinici universitari e Ospedali classificati, Aziende ospedaliere, Presidi ospedaliere non aziendalizzati, Case di cura accreditate. È da evidenziare che tra gli IRCCS quelli che richiamano il maggior numero di ricoveri fuori Regione continuano ad essere le due strutture pediatriche, il "Bambino Gesù" di Roma e il "Gaslini" di Genova; seguono l'Ospedale Policlinico S. Matteo di Pavia e il S. Raffaele di Milano. Tra i Policlinici universitari primeggia il Gemelli di Roma, seguito dal Policlinico Umberto I di Roma, dal Policlinico di Messina e dal Policlinico Universitario Ferdinando II di Napoli.

Anche tra le Aziende ospedaliere e i Presidi non aziendalizzati non mancano le strutture (ad esempio le AO di Pisa, di Verona, il S. Orsola Malpighi di Bologna e i Presidi Bellaria Maggiore di Bologna e il presidio S. Salvatore de L'Aquila), che attraggono un numero molto elevato di cittadini residenti in altre Regioni.

Tra le case di cura private accreditate vanta la più alta affluenza l'Istituto Humanitas di Rozzano (Milano), seguito dall'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano.

Tabella 1 - Mobilità Attiva per Regione. Anni 2000 - 2001 - 2002 - 2003

Regioni	2000	2001	2002	2003
PIEMONTE	56.542	58.874	57.939	55.972
VALLE D'AOSTA	2.072	2.116	2.131	1.937
LOMBARDIA	185.390	196.660	203.964	197.840
PROV.AUTON.BOLZANO	10.646	11.214	12.595	12.860
PROV.AUTON.TRENTO	13.513	12.918	12.484	12.152
VENETO	77.871	81.606	81.695	81.482
FRIULI VENEZIA GIULIA	21.620	20.840	20.722	20.108
LIGURIA	49.005	48.596	48.105	48.020
EMILIA ROMAGNA	109.554	110.003	109.873	111.060
TOSCANA	74.325	77.170	78.795	75.326
UMBRIA	31.146	31.803	31.961	32.065
MARCHE	28.278	29.101	27.093	25.232
LAZIO	104.885	112.973	107.551	115.460
ABRUZZO	33.901	37.807	42.756	42.822
MOLISE	14.852	15.432	16.314	17.093
CAMPANIA	28.971	30.330	32.953	34.030
PUGLIA	44.576	42.490	39.735	36.989
BASILICATA	12.661	12.561	13.155	13.004
CALABRIA	14.054	15.711	15.534	14.837
SICILIA	13.303	21.252	26.755	21.579
SARDEGNA	5.709	5.651	5.917	6.242
<b>Italia</b>	<b>932.874</b>	<b>975.108</b>	<b>988.027</b>	<b>976.110</b>

N.B. Per la Regione Sicilia i dati relativi all'anno 2000 sono sottostimati

Tabella 2 - Mobilità Passiva per Regione. Anni 2000 - 2001 - 2002 - 2003

Regioni	2000	2001	2002	2003
PIEMONTE	65.699	66.170	66.298	65.110
VALLE D'AOSTA	5.086	5.212	5.201	5.214
LOMBARDIA	79.261	80.666	78.406	78.749
PROV.AUTON.BOLZANO	4.842	4.865	4.847	4.877
PROV.AUTON.TRENTO	14.356	14.758	15.977	16.084
VENETO	41.872	42.376	42.859	43.307
FRIULI VENEZIA GIULIA	14.534	15.394	15.713	15.927
LIGURIA	36.757	40.233	40.791	40.676
EMILIA ROMAGNA	47.629	48.942	50.338	50.255
TOSCANA	37.487	37.998	39.073	39.385
UMBRIA	17.842	18.281	17.792	18.418
MARCHE	31.260	32.385	33.021	32.775
LAZIO	69.410	72.604	75.131	73.801
ABRUZZO	33.398	35.032	33.164	33.190
MOLISE	16.728	16.866	17.053	17.893
CAMPANIA	94.032	97.729	96.058	95.384
PUGLIA	59.737	61.824	63.371	66.334
BASILICATA	33.479	33.342	30.899	29.912
CALABRIA	60.738	67.024	70.555	67.102
SICILIA	73.253	73.076	70.744	68.505
SARDEGNA	14.224	16.570	14.993	15.154
<b>Stranieri</b>	<b>81.250</b>	<b>93.761</b>	<b>105.743</b>	<b>98.058</b>
<b>Italia</b>	<b>932.874</b>	<b>975.108</b>	<b>988.027</b>	<b>976.110</b>

**Tabella 3 - Saldo Migratorio ( Mobilità attiva - Mobilità passiva ) per Regione. Anni 2000 - 2001- 2002 - 2003**

Regioni	2000	2001	2002	2003
PIEMONTE	-9.157	-7.296	-8.359	-9.138
VALLE D'AOSTA	-3.014	-3.096	-3.070	-3.277
LOMBARDIA	106.129	115.994	125.558	119.091
PROV.AUTON.BOLZANO	5.804	6.349	7.748	7.983
PROV.AUTON.TRENTO	-843	-1.840	-3.493	-3.932
VENETO	35.999	39.230	38.836	38.175
FRIULI VENEZIA GIULIA	7.086	5.446	5.009	4.181
LIGURIA	12.248	8.363	7.314	7.344
EMILIA ROMAGNA	61.925	61.061	59.535	60.805
TOSCANA	36.838	39.172	39.722	35.941
UMBRIA	13.304	13.522	14.169	13.647
MARCHE	-2.982	-3.284	-5.928	-7.543
LAZIO	35.475	40.369	32.420	41.659
ABRUZZO	503	2.775	9.592	9.632
MOLISE	-1.876	-1.434	-739	-800
CAMPANIA	-65.061	-67.399	-63.105	-61.354
PUGLIA	-15.161	-19.334	-23.636	-29.345
BASILICATA	-20.818	-20.781	-17.744	-16.908
CALABRIA	-46.684	-51.313	-55.021	-52.265
SICILIA	-59.950	-51.824	-43.989	-46.926
SARDEGNA	-8.515	-10.919	-9.076	-8.912
<b>Stranieri</b>	<b>81.250</b>	<b>93.761</b>	<b>105.743</b>	<b>98.058</b>

**Tabella 4 - Tassi di ospedalizzazione per 1.000 abitanti. Anno 2003**

Regioni	Dimissioni per 1000 Abitanti		Totale
	Dimissioni di residenti in strutture sanitarie entro regione	Dimissioni di residenti in strutture sanitarie fuori regione	
PIEMONTE	173,34	15,39	188,72
VALLE D'AOSTA	153,07	43,12	196,19
LOMBARDIA	208,91	8,65	217,55
PROV.AUTON.BOLZANO	211,92	10,44	222,35
PROV.AUTON.TRENTO	166,83	33,29	200,12
VENETO	189,68	9,46	199,14
FRIULI VENEZIA GIULIA	162,87	13,37	176,23
LIGURIA	225,38	25,87	251,25
EMILIA ROMAGNA	195,67	12,47	208,14
TOSCANA	179,10	11,20	190,30
UMBRIA	189,70	22,08	211,77
MARCHE	177,08	22,08	199,16
LAZIO	236,24	14,34	250,58
ABRUZZO	249,71	26,07	275,77
MOLISE	184,72	55,73	240,45
CAMPANIA	210,79	16,66	227,45
PUGLIA	198,24	16,48	214,73
BASILICATA	168,98	50,12	219,10
CALABRIA	206,18	33,43	239,61
SICILIA	256,64	13,78	270,42
SARDEGNA	222,27	9,25	231,52
<b>Italia</b>	<b>206,60</b>	<b>15,32</b>	<b>221,92</b>

Tabella 5 - Mobilità passiva. Anno 2003

Regioni di residenza dei ricoverati	Totale dimessi in mobilità passiva	Regioni dove è avvenuto il ricovero							
		Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria
Piemonte	65.110		931	38.994	74	114	1.322	183	12.529
Valle D'Aosta	5.214	3.267		1.129	3	7	113	11	301
Lombardia	78.749	14.089	286		589	3.142	16.255	780	6.805
P.A. Bolzano	4.877	70	3	610		1.499	1.578	120	45
P.A. Trento	16.084	118	1	2.598	3.702		7.953	141	125
Veneto	43.307	630	17	10.283	1.971	3.410		12.544	482
Friuli Venezia Giulia	15.927	202	6	1.818	203	164	10.619		148
Liguria	40.676	13.489	88	10.793	89	153	772	103	
Emilia Romagna	50.255	1.332	33	23.505	388	599	8.880	414	1.775
Toscana	39.385	1.040	35	6.993	189	160	1.902	287	6.078
Umbria	18.418	120	13	1.412	39	33	368	93	127
Marche	32.775	347	5	3.288	95	111	1.303	119	301
Lazio	73.801	880	45	5.726	355	306	2.164	421	1.038
Abruzzo	33.190	312	7	2.227	28	55	668	61	423
Molise	17.893	117	1	806	6	18	180	36	71
Campania	95.384	2.391	25	11.442	104	179	3.496	714	2.609
Puglia	66.334	2.092	24	13.282	175	216	3.537	571	2.037
Basilicata	29.912	512	3	2.277	23	33	416	58	301
Calabria	67.102	2.876	62	13.325	90	148	2.289	261	2.263
Sicilia	68.505	3.591	44	21.990	165	275	7.225	1.080	4.085
Sardegna	15.154	1.045	32	4.303	61	108	873	143	1.490
Sranieri	98.058	7.452	276	21.039	4.511	1.422	9.569	1.968	4.987
<b>Italia</b>	<b>976.110</b>	<b>55.972</b>	<b>1.937</b>	<b>197.840</b>	<b>12.860</b>	<b>12.152</b>	<b>81.482</b>	<b>20.108</b>	<b>48.020</b>

Tabella 6 - Mobilità attiva. Anno 2003

Regioni dove è avvenuto il ricovero	Totale dimessi in mobilità attiva	Regioni di provenienza del ricoverato								
		Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia Romagna
Piemonte	55.972		3.267	14.089	70	118	630	202	13.489	1.332
Valle D'Aosta	1.937	931		286	3	1	17	6	88	33
Lombardia	197.840	38.994	1.129		610	2.598	10.283	1.818	10.793	23.505
P.A. Bolzano	12.860	74	3	589		3.702	1.971	203	89	388
P.A. Trento	12.152	114	7	3.142	1.499		3.410	164	153	599
Veneto	81.482	1.322	113	16.255	1.578	7.953		10.619	772	8.880
Friuli Venezia Giulia	20.108	183	11	780	120	141	12.544		103	414
Liguria	48.020	12.529	301	6.805	45	125	482	148		1.775
Emilia Romagna	111.060	2.376	83	17.619	442	737	8.669	990	2.561	
Toscana	75.326	1.535	70	3.513	102	159	1.161	321	10.525	3.540
Umbria	32.065	146	8	391	16	28	127	55	87	329
Marche	25.232	274	9	1.004	26	39	283	66	98	2.947
Lazio	115.460	966	39	2.092	86	168	1.097	379	583	1.260
Abruzzo	42.822	415	14	1.060	33	38	247	87	109	521
Molise	17.093	104	1	211	5	3	21	7	16	107
Campania	34.030	842	31	2.290	47	104	597	320	242	1.633
Puglia	36.989	1.063	17	2.379	79	52	532	186	150	1.064
Basilicata	13.004	171	2	325	4	7	43	16	34	129
Calabria	14.837	1.100	57	1.917	45	20	270	73	244	497
Sicilia	21.579	1.243	31	2.794	43	60	600	195	281	924
Sardegna	6.242	728	21	1.208	24	31	323	72	259	378
<b>Italia</b>	<b>976.110</b>	<b>65.110</b>	<b>5.214</b>	<b>78.749</b>	<b>4.877</b>	<b>16.084</b>	<b>43.307</b>	<b>15.927</b>	<b>40.676</b>	<b>50.255</b>

## Mobilità ospedaliera - Anno 2003

Regioni dove è avvenuto il ricovero												
Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
2.376	1.535	146	274	966	415	104	842	1.063	171	1.100	1.243	728
83	70	8	9	39	14	1	31	17	2	57	31	21
17.619	3.513	391	1.004	2.092	1.060	211	2.290	2.379	325	1.917	2.794	1.208
442	102	16	26	86	33	5	47	79	4	45	43	24
737	159	28	39	168	38	3	104	52	7	20	60	31
8.669	1.161	127	283	1.097	247	21	597	532	43	270	600	323
990	321	55	66	379	87	7	320	186	16	73	195	72
2.561	10.525	87	98	583	109	16	242	150	34	244	281	259
	3.540	329	2.947	1.260	521	107	1.633	1.064	129	497	924	378
8.163		5.837	566	4.537	329	53	1.272	468	99	352	658	367
1.813	4.926		1.561	6.758	407	40	324	119	15	67	119	64
14.249	1.375	3.106		2.866	4.297	63	426	486	27	80	159	72
4.373	9.505	13.868	2.117		18.064	2.681	6.472	1.764	279	1.360	1.472	911
3.621	1.077	783	9.998	10.705		1.722	388	868	36	50	132	29
950	388	235	416	4.748	7.057		1.234	1.557	6	24	36	7
7.436	9.339	1.047	917	31.198	2.051	7.872		6.656	4.860	2.011	792	245
9.712	4.067	1.396	2.121	9.955	5.478	3.524	2.504		4.473	559	490	121
1.640	1.412	377	169	3.654	334	128	4.691	12.102		1.592	175	15
7.193	5.373	1.263	346	14.092	427	144	2.550	3.552	2.208		8.584	56
7.754	6.367	550	550	8.860	445	94	1.159	1.193	77	2.756		245
1.715	1.330	130	114	3.045	105	23	260	128	3	68	178	
8.964	9.241	2.286	1.611	8.372	1.304	274	6.644	2.574	190	1.695	2.613	1.066
<b>111.060</b>	<b>75.326</b>	<b>32.065</b>	<b>25.232</b>	<b>115.460</b>	<b>42.822</b>	<b>17.093</b>	<b>34.030</b>	<b>36.989</b>	<b>13.004</b>	<b>14.837</b>	<b>21.579</b>	<b>6.242</b>

81

monitor

Regioni di provenienza del ricoverato												
Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Stranieri
1.040	120	347	880	312	117	2.391	2.092	512	2.876	3.591	1.045	7.452
35	13	5	45	7	1	25	24	3	62	44	32	276
6.993	1.412	3.288	5.726	2.227	806	11.442	13.282	2.277	13.325	21.990	4.303	21.039
189	39	95	355	28	6	104	175	23	90	165	61	4.511
160	33	111	306	55	18	179	216	33	148	275	108	1.422
1.902	368	1.303	2.164	668	180	3.496	3.537	416	2.289	7.225	873	9.569
287	93	119	421	61	36	714	571	58	261	1.080	143	1.968
6.078	127	301	1.038	423	71	2.609	2.037	301	2.263	4.085	1.490	4.987
8.163	1.813	14.249	4.373	3.621	950	7.436	9.712	1.640	7.193	7.754	1.715	8.964
	4.926	1.375	9.505	1.077	388	9.339	4.067	1.412	5.373	6.367	1.330	9.241
5.837		3.106	13.868	783	235	1.047	1.396	377	1.263	550	130	2.286
566	1.561		2.117	9.998	416	917	2.121	169	346	550	114	1.611
4.537	6.758	2.866		10.705	4.748	31.198	9.955	3.654	14.092	8.860	3.045	8.372
329	407	4.297	18.064		7.057	2.051	5.478	334	427	445	105	1.304
53	40	63	2.681	1.722		7.872	3.524	128	144	94	23	274
1.272	324	426	6.472	388	1.234		2.504	4.691	2.550	1.159	260	6.644
468	119	486	1.764	868	1.557	6.656		12.102	3.552	1.193	128	2.574
99	15	27	279	36	6	4.860	4.473		2.208	77	3	190
352	67	80	1.360	50	24	2.011	559	1.592		2.756	68	1.695
658	119	159	1.472	132	36	792	490	175	8.584		178	2.613
367	64	72	911	29	7	245	121	15	56	245		1.066
<b>39.385</b>	<b>18.418</b>	<b>32.775</b>	<b>73.801</b>	<b>33.190</b>	<b>17.893</b>	<b>95.384</b>	<b>66.334</b>	<b>29.912</b>	<b>67.102</b>	<b>68.505</b>	<b>15.154</b>	<b>98.058</b>

Tabella 7 - Mobilità attiva e passiva. Anno 2003

Regioni	Totale Dimessi in :	
	Mobilità Attiva	Mobilità Passiva
PIEMONTE	55.972	65.110
VALLE D'AOSTA	1.937	5.214
LOMBARDIA	197.840	78.749
PROV.AUTON.BOLZANO	12.860	4.877
PROV.AUTON.TRENTO	12.152	16.084
VENETO	81.482	43.307
FRIULI VENEZIA GIULIA	20.108	15.927
LIGURIA	48.020	40.676
EMILIA ROMAGNA	111.060	50.255
TOSCANA	75.326	39.385
UMBRIA	32.065	18.418
MARCHE	25.232	32.775
LAZIO	115.460	73.801
ABRUZZO	42.822	33.190
MOLISE	17.093	17.893
CAMPANIA	34.030	95.384
PUGLIA	36.989	66.334
BASILICATA	13.004	29.912
CALABRIA	14.837	67.102
SICILIA	21.579	68.505
SARDEGNA	6.242	15.154
Stranieri		98.058
<b>Italia</b>	<b>976.110</b>	<b>976.110</b>

\*I valori considerati si riferiscono ai 43 DRG individuati nell'allegato 2 C del DPCM 29 Novembre 2001 e ulteriori 32 DRG individuati da alcune Regioni

Tabella 8 - Mobilità passiva per i DRG potenzialmente inappropriati. Anno 2003

Regioni di residenza dei ricoverati	Totale dimessi	Regioni dove è avvenuto il ricovero							
		Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria
Piemonte	23.031		227	14.163	32	39	400	48	4.338
Valle D'Aosta	1.858	1.221		380	0	2	21	2	98
Lombardia	26.860	4.650	55		183	1.192	6.447	226	1.803
P.A. Bolzano	1.637	17	1	163		654	379	28	18
P.A. Trento	6.051	35	0	863	1.645		2.916	39	43
Veneto	15.412	139	2	3.354	821	1.258		4.637	121
Friuli Venezia Giulia	6.736	50	3	533	78	37	4.999		41
Liguria	15.909	6.100	20	3.408	39	37	215	18	
Emilia Romagna	17.325	254	7	7.945	146	163	3.534	129	517
Toscana	13.692	245	9	1.692	53	38	587	60	2.221
Umbria	6.342	31	6	290	6	8	128	16	29
Marche	12.703	68	2	831	39	23	412	36	77
Lazio	28.091	239	15	1.475	120	82	678	130	294
Abruzzo	12.255	72	3	613	9	18	238	13	116
Molise	6.542	32	0	171	4	3	62	7	28
Campania	31.788	565	10	2.874	48	63	1.087	140	717
Puglia	23.344	579	7	3.650	71	58	1.123	163	523
Basilicata	12.059	189	0	738	15	12	132	14	94
Calabria	23.829	866	19	3.873	32	34	847	88	756
Sicilia	22.564	1.073	20	6.230	65	91	2.389	308	1.253
Sardegna	4.647	263	13	1.052	28	34	243	37	454
Stranieri	36.144	3.001	72	8.511	1.201	412	3.065	594	1.894
<b>Italia</b>	<b>348.819</b>	<b>19.689</b>	<b>491</b>	<b>62.809</b>	<b>4.635</b>	<b>4.258</b>	<b>29.902</b>	<b>6.733</b>	<b>15.435</b>

N.B. I valori considerati si riferiscono ai 43 DRG individuati nell'allegato 2 C del DPCM 29 Novembre 2001 e ulteriori 32 DRG individuati da alcune Regioni

Mobilità ospedaliera - Anno 2003

di cui: % Dimessi con DRG potenzialmente inappropriati *		di cui: % Dimessi con DRG di alta complessità	
Mobilità Attiva	Mobilità Passiva	Mobilità Attiva	Mobilità Passiva
35,18	35,37	5,05	5,28
25,35	35,63	3,92	7,31
31,75	34,11	8,27	3,93
36,04	33,57	3,01	10,23
35,04	37,62	3,18	6,32
36,70	35,59	6,72	5,29
33,48	42,29	6,50	4,33
32,14	39,11	4,27	5,39
34,28	34,47	6,15	5,64
35,80	34,76	4,24	5,65
43,29	34,43	4,49	5,31
36,97	38,76	3,65	6,83
35,74	38,06	4,98	4,73
44,64	36,92	3,22	5,03
38,58	36,56	3,83	5,82
39,24	33,33	2,65	6,16
38,00	35,19	4,98	6,19
38,57	40,31	2,88	4,81
42,24	35,51	2,04	6,13
40,05	32,94	3,12	7,56
36,85	30,67	1,94	8,76
	36,86		3,20
<b>35,74</b>	<b>35,74</b>	<b>5,46</b>	<b>5,46</b>

Regioni dove è avvenuto il ricovero

Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
676	502	53	82	353	175	40	326	384	69	409	467	248
29	24	4	1	14	4	0	8	11	1	18	17	3
5.648	1.099	154	311	724	449	76	774	822	108	712	994	433
189	42	5	9	34	12	2	14	24	3	12	21	10
240	55	13	15	82	17	2	34	11	3	5	21	12
3.197	368	54	102	375	123	8	219	188	16	98	207	125
311	104	24	16	153	43	2	111	74	4	36	85	32
749	4.598	32	35	179	33	4	96	51	8	94	94	99
	1.065	128	1.131	433	223	39	548	366	47	193	315	142
2.660		2.969	172	1.690	129	21	434	166	39	128	244	135
571	1.903		600	2.350	127	14	114	54	8	34	28	25
5.987	564	1.379		1.027	1.802	24	141	163	10	38	54	26
1.339	3.499	5.682	611		8.521	770	2.397	679	89	520	607	344
1.236	365	349	4.249	3.680		738	149	318	18	18	42	11
334	143	90	97	1.738	2.721		543	542	2	11	11	3
2.211	3.099	355	270	11.401	795	3.138		2.319	1.593	730	289	84
3.356	1.455	631	728	3.127	2.812	1.460	1.014		2.162	237	146	42
572	504	187	43	1.348	179	66	2.032	5.068		791	67	8
2.345	1.996	639	116	4.870	168	50	1.001	1.375	754		3.977	23
2.664	2.263	196	187	3.114	183	26	415	475	27	1.475		110
564	504	42	37	1.077	53	10	103	33	2	29	69	
3.196	2.816	896	517	3.501	548	104	2.879	933	52	679	888	385
<b>38.074</b>	<b>26.968</b>	<b>13.882</b>	<b>9.329</b>	<b>41.270</b>	<b>19.117</b>	<b>6.594</b>	<b>13.352</b>	<b>14.056</b>	<b>5.015</b>	<b>6.267</b>	<b>8.643</b>	<b>2.300</b>

Tabella 9 - Mobilità passiva per i DRG ad alta complessità. Anno 2003

Regioni di residenza dei ricoverati	Totale dimessi	Regioni dove è avvenuto il ricovero							
		Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria
Piemonte	3.435		53	2.378	2	5	117	9	507
Valle D'Aosta	381	182		170	1	1	4	0	15
Lombardia	3.097	425	5		11	39	930	60	214
P.A. Bolzano	499	7	0	58		89	297	11	4
P.A. Trento	1.017	8	0	171	183		569	10	8
Veneto	2.293	29	1	672	37	119		716	36
Friuli Venezia Giulia	689	10	0	169	5	3	372		8
Liguria	2.193	527	1	867	3	5	56	12	
Emilia Romagna	2.834	116	1	1.701	11	10	517	30	75
Toscana	2.227	63	1	733	2	5	192	22	179
Umbria	978	11	0	202	2	2	30	7	13
Marche	2.239	42	1	389	3	2	142	5	18
Lazio	3.494	53	1	700	12	2	176	35	63
Abruzzo	1.669	28	0	222	0	4	57	13	25
Molise	1.041	16	0	110	0	1	12	2	4
Campania	5.876	391	1	1.303	3	10	319	101	173
Puglia	4.105	163	0	1.408	6	10	334	58	148
Basilicata	1.438	29	0	192	0	1	30	6	13
Calabria	4.116	202	2	1.219	1	10	181	17	101
Sicilia	5.177	244	3	2.389	5	10	710	83	194
Sardegna	1.327	107	0	564	1	14	129	14	108
Sranieri	3.133	173	6	744	99	44	303	96	145
<b>Italia</b>	<b>53.258</b>	<b>2.826</b>	<b>76</b>	<b>16.361</b>	<b>387</b>	<b>386</b>	<b>5.477</b>	<b>1.307</b>	<b>2.051</b>

Tabella 10 - DRG con mobilità superiore al 20 % del totale dimessi. Anno 2003

DRG da DM 97	TIPO *	Denominazione	PESO DRG da DM 97
001	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	3,97
003	C	CRANIOTOMIA ETA' < 18	3,81
004	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	2,63
009	M	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	2,02
036	C	INTERVENTI SULLA RETINA	1,15
041	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' < 18	0,53
042	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	0,97
049	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	2,84
052	C	RIPARAZIONE DI CHEILOSCHISI E DI PALATOSCHISI	1,00
054	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18	0,88
103	C	TRAPIANTO CARDIACO	20,87
104	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARDIACO	7,70
212	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18	2,25
214	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	2,91
215	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	1,35
216	C	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	1,62
286	C	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	2,57
292	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	3,21
302	C	TRAPIANTO RENALE	15,16
314	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' < 18	0,94
330	M	STENOSI URETRALE, ETA' < 18	0,42
457	M	USTIONI ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	1,84
471	C	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	5,89
472	C	USTIONI ESTESE CON INTERVENTO CHIRURGICO	13,03
480	C	TRAPIANTO DI FEGATO	25,14
481	C	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	16,32

\* C = Chirurgici, M = Medici, \*

# Mobilità ospedaliera - Anno 2003

	Regioni dove è avvenuto il ricovero												
	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
	159	70	9	5	27	12	3	9	27	0	11	20	12
	4	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0
	950	129	22	37	60	20	5	36	49	4	29	47	25
	25	2	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1
	46	6	1	1	5	0	0	4	2	0	2	1	0
	550	33	3	5	37	5	0	17	12	2	4	7	8
	77	11	0	2	21	2	0	3	2	0	0	4	0
	153	496	6	6	34	0	1	2	7	4	1	8	4
		112	11	93	53	8	3	26	32	1	6	21	7
	509		232	28	185	9	8	25	14	2	5	7	6
	99	216		47	324	8	1	5	3	1	1	6	0
	907	48	253		147	256	2	7	9	0	2	6	0
	344	433	531	97		409	252	200	62	13	28	65	18
	260	40	27	310	581		35	6	53	0	1	6	1
	63	11	13	12	273	354		44	124	0	0	2	0
	547	450	95	46	1.384	82	234		469	174	45	45	4
	589	179	45	120	583	142	77	100		96	5	34	8
	87	50	11	8	231	6	3	107	623		29	12	0
	528	223	59	13	832	24	7	110	208	63		316	0
	429	237	50	23	543	10	8	59	58	3	111		8
	120	63	10	3	173	1	4	11	1	0	0	4	
	381	385	61	66	256	32	12	130	86	12	21	62	19
	<b>6.827</b>	<b>3.195</b>	<b>1.441</b>	<b>922</b>	<b>5.751</b>	<b>1.381</b>	<b>655</b>	<b>902</b>	<b>1.841</b>	<b>375</b>	<b>303</b>	<b>673</b>	<b>121</b>

	Totale dimessi	Dimessi in mobilità	% Dimessi in mobilità
	22.372	5.027	22,47
	2.347	741	31,57
	8.634	1.865	21,60
	20.656	5.524	26,74
	24.628	5.200	21,11
	9.362	2.263	24,17
	36.140	7.912	21,89
	3.234	706	21,83
	1.228	367	29,89
	891	207	23,23
	294	116	39,46
	9.453	1.943	20,55
	3.152	757	24,02
	3.752	904	24,09
	47.996	9.765	20,35
	4.521	1.265	27,98
	2.895	595	20,55
	944	345	36,55
	1.551	530	34,17
	709	161	22,71
	274	63	22,99
	102	26	25,49
	834	199	23,86
	224	69	30,80
	851	396	46,53
	2.826	814	28,80

**Tabella I I - Distribuzione dei dimessi in mobilità passiva secondo i principali ospedali di destinazione. Anno 2003**

Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Piemonte	030924	OSPEDALE POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA	PAVIA	LOMBARDIA	4.146	6,37
	030979	AZ. OSP. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	PAVIA	LOMBARDIA	3.459	5,31
	070930	AZ. OSP. OSPEDALE S. MARTINO E CL. UNIV. CONV.	GENOVA	LIGURIA	2.334	3,58
	070940	IST. G. GASLINI	GENOVA	LIGURIA	2.271	3,49
	030973	AZ. OSPEDALE CIVILE LEGNANO	LEGNANO	LOMBARDIA	2.177	3,34
	030280	ISTITUTO CLINICO "HUMANITAS" - ROZZANO	ROZZANO	LOMBARDIA	2.094	3,22
	070910	AZ. OSP. "OSPEDALE S. CORONA"	PIETRA LIGURE	LIGURIA	1.993	3,06
	030935	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.683	2,58
	030952	AZ. OSP. S. ANTONIO ABATE GALLARATE	GALLARATE	LOMBARDIA	1.554	2,39
	070008	OSPEDALE S. PAOLO	SAVONA	LIGURIA	1.364	2,09
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>23.075</b>	<b>35,44</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>65.110</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Valle D'Aosta	010023	OSPEDALI RIUNITI DEL CANAVESE	IVREA	PIEMONTE	471	9,03
	010903	AZ. OSP. O.I.R.M.S. - SANT'ANNA	TORINO	PIEMONTE	367	7,04
	010901	AZ. OSP. S. GIOVANNI BATTISTA DI TORINO	TORINO	PIEMONTE	277	5,31
	030280	ISTITUTO CLINICO "HUMANITAS" - ROZZANO	ROZZANO	LOMBARDIA	198	3,80
	030122	IST. POLICL. S. DONATO SPA - S. DONATO MILANESE	S. DONATO MILANESE	LOMBARDIA	192	3,68
	010885	OSPEDALE MAURIZIANO "UMBERTO I" - TORINO	TORINO	PIEMONTE	187	3,59
	010616	CASA DI CURA CLINICA EPOREDIESE	IVREA	PIEMONTE	187	3,59
	010902	C.T.O. - C.R.F. - MARIA ADELAIDE	TORINO	PIEMONTE	186	3,57
	010085	OSP. DEGLI INFERMI DI BIELLA	BIELLA	PIEMONTE	182	3,49
	030106	POLICLINICO DI MONZA - CASA DI CURA PRIV.	MONZA	LOMBARDIA	166	3,18
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>2.413</b>	<b>46,28</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>5.214</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Lombardia	050902	AZIENDA OSPEDALIERA DI VERONA	VERONA	VENETO	4.537	5,76
	050022	CASA DI CURA PRIVATA POLISP. PEDERZOLI	PESCHIERA DEL GARDA	VENETO	3.563	4,52
	010920	CENTRO AUXOLOGICO ITALIANO	OGGEBBIO	PIEMONTE	2.706	3,44
	080902	AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA	PARMA	EMILIA ROMAGNA	1.935	2,46
	080004	PIACENZA	PIACENZA	EMILIA ROMAGNA	1.869	2,37
	010905	OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	NOVARA	PIEMONTE	1.451	1,84
	080021	PRESIDIO OSP. PROVINCIALE DI REGGIO NELL'EMILIA	REGGIO NELL'EMILIA	EMILIA ROMAGNA	1.387	1,76
	070910	AZ. OSP. "OSPEDALE S. CORONA"	PIETRA LIGURE	LIGURIA	1.319	1,67
	010629	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	CAMBIASCA	PIEMONTE	1.266	1,61
	080002	VAL TIDONE	CASTEL S. GIOVANNI	EMILIA ROMAGNA	1.249	1,59
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>21.282</b>	<b>27,03</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>78.749</b>	<b>100,00</b>

**Tabella II - Distribuzione dei dimessi in mobilità passiva secondo i principali ospedali di destinazione. Anno 2003**

Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
P.A. Bolzano	042001	OSPEDALE DI TRENTO	TRENTO	P.A. TRENTO	617	12,65
	050902	AZIENDA OSPEDALIERA DI VERONA	VERONA	VENETO	529	10,85
	042022	CASA DI CURA VILLA BIANCA	TRENTO	P.A. TRENTO	289	5,93
	050901	AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA	PADOVA	VENETO	288	5,91
	042015	OSPEDALE SAN CAMILLO	TRENTO	P.A. TRENTO	140	2,87
	042014	OSPEDALE DI FIEMME	CAVALESE	P.A. TRENTO	130	2,67
	030922	ISTITUTO NAZ.LE PER CURA TUMORI - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	118	2,42
	042006	OSPEDALE DI ROVERETO	ROVERETO	P.A. TRENTO	116	2,38
	050012	OSPEDALE MALCESINE	MALCESINE	VENETO	90	1,85
	080219	VILLA CHIARA	CASALECCHIO DI RENO	EMILIA ROMAGNA	84	1,72
<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>					<b>2.401</b>	<b>49,23</b>
<b>Totale mobilità passiva</b>					<b>4.877</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
P.A. Trento	041001	OSPEDALE GENERALE REGIONALE BOLZANO	BOLZANO	P.A. BOLZANO	2.137	13,29
	050902	AZIENDA OSPEDALIERA DI VERONA	VERONA	VENETO	1.647	10,24
	050056	OSPEDALE FELTRE	FELTRE	VENETO	1.301	8,09
	050012	OSPEDALE DI MALCESINE	MALCESINE	VENETO	1.129	7,02
	050017	OSPEDALE SACRO CUORE NEGRAR	NEGRAR	VENETO	742	4,61
	050022	CASA DI CURA PRIVATA POLISP. PEDERZOLI	PESCHIERA DEL GARDA	VENETO	602	3,74
	050901	AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA	PADOVA	VENETO	595	3,70
	041005	OSPEDALE ZONALE DI BRUNICO	BRUNICO	P.A. BOLZANO	471	2,93
	041004	OSPEDALE DI BRESSANONE	BRESSANONE	P.A. BOLZANO	413	2,57
	030178	IST. CLIN. CITTA' DI BRESCIA SPA - BRESCIA	BRESCIA	LOMBARDIA	402	2,50
<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>					<b>9.439</b>	<b>58,69</b>
<b>Totale mobilità passiva</b>					<b>16.084</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Veneto	080909	AZ. OSP. UNIVERS. ARCISPEDALE S. ANNA - FERRARA	FERRARA	EMILIA ROMAGNA	2.846	6,57
	060912	AZ. OSP. "S. MARIA DEGLI ANGELI"	PORDENONE	FRIULIV. G.	2.616	6,04
	030965	AZ. OSP. "C. POMA" - MANTOVA	MANTOVA	LOMBARDIA	2.440	5,63
	060902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	AVIANO	FRIULIV. G.	2.326	5,37
	060006	OSPEDALE CIVILE DI LATISANA	LATISANA	FRIULIV. G.	1.747	4,03
	060040	CASA DI CURA PRIVATA "S. GIORGIO" SPA	PORDENONE	FRIULIV. G.	1.459	3,37
	042018	CASA DI CURA EREMO	ARCO	P.A. TRENTO	1.173	2,71
	030935	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.014	2,34
	060901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	TRIESTE	FRIULIV. G.	917	2,12
	041007	OSPEDALE CIVILE DI SAN CANDIDO	SAN CANDIDO	P.A. BOLZANO	887	2,05
<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>					<b>17.425</b>	<b>40,24</b>
<b>Totale mobilità passiva</b>					<b>43.307</b>	<b>100,00</b>

segue a pag. 88

segue da pag. 87

**Tabella II - Distribuzione dei dimessi in mobilità passiva secondo i principali ospedali di destinazione. Anno 2003**

Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Friuli Venezia Giulia	050081	C.C. GIOVANNI XXIII	MONASTIER DITREVISO	VENETO	2.433	15,28
	050093	PRESIDIO OSPEDALIERO PORTOGRUARO	PORTOGRUARO	VENETO	2.007	12,60
	050901	AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA	PADOVA	VENETO	1.182	7,42
	050064	PRESIDIO OSPEDALIERO DI TREVISO	TREVISO	VENETO	444	2,79
	030935	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	424	2,66
	050076	PRESIDIO OSPEDALIERO DIVITTORIO VENETO	VITTORIO VENETO	VENETO	422	2,65
	050094	PRESIDIO OSPEDALIERO DI S. DONA'	SAN DONA' DI PIAVE	VENETO	367	2,30
	050054	PRESIDIO OSPEDALIERO DI BELLUNO	BELLUNO	VENETO	294	1,85
	050068	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CONEGLIANO	CONEGLIANO	VENETO	289	1,81
	050902	AZIENDA OSPEDALIERA DIVERONA	VERONA	VENETO	277	1,74
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>8.139</b>	<b>51,10</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>15.927</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Liguria	090602	PRESIDIO OSPEDALIERO DI MASSA E CARRARA	CARRARA	TOSCANA	2.630	6,47
	090901	AZIENDA OSPEDALIERA PISANA	PISA	TOSCANA	2.400	5,90
	010165	OSPEDALI RIUNITI ASL 22	NOVI LIGURE	PIEMONTE	2.052	5,04
	030280	ISTITUTO CLINICO "HUMANITAS" - ROZZANO	ROZZANO	LOMBARDIA	1.974	4,85
	090202	CASA DI CURA "S.C.AMILLO"	FORTE DEI MARMI	TOSCANA	1.761	4,33
	030924	OSPEDALE POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA	PAVIA	LOMBARDIA	1.510	3,71
	010626	SANTA RITA - PROGESS - S.P.A. VERCELLI	VERCELLI	PIEMONTE	1.302	3,20
	010124	PRESIDIO A.S.L. 16	MONDOVI'	PIEMONTE	1.236	3,04
	030935	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.168	2,87
	030115	ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA	MILANO	LOMBARDIA	1.086	2,67
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>17.119</b>	<b>42,09</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>40.676</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Emilia Romagna	030957	A.O. ISTITUTI OSPEDALIERI - CREMONA	CREMONA	LOMBARDIA	3.427	6,82
	030924	OSPEDALE POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA	PAVIA	LOMBARDIA	3.100	6,17
	030965	AZIENDA OSPED. "C. POMA" - MANTOVA	MANTOVA	LOMBARDIA	1.981	3,94
	030922	ISTITUTO NAZ. LE PER CURA TUMORI - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.756	3,49
	030935	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.726	3,43
	030941	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.718	3,42
	030218	CASA DI CURA S. CAMILLO - CREMONA	CREMONA	LOMBARDIA	1.640	3,26
	050131	C.D.C. S.M. MADDALENA	OCCHIOBELLO	VENETO	1.382	2,75
	030178	IST. CLIN. CITTA' DI BRESCIA SPA - BRESCIA	BRESCIA	LOMBARDIA	1.322	2,63
	030280	ISTITUTO CLINICO "HUMANITAS" - ROZZANO	ROZZANO	LOMBARDIA	1.308	2,60
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>19.360</b>	<b>38,52</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>50.255</b>	<b>100,00</b>

**Tabella I I - Distribuzione dei dimessi in mobilità passiva secondo i principali ospedali di destinazione. Anno 2003**

Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Toscana	070940	IST. G. GASLINI	GENOVA	LIGURIA	1.592	4,04
	070058	PRESIDIO OSPEDALIERO LA SPEZIA	LA SPEZIA	LIGURIA	1.561	3,96
	030941	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.372	3,48
	070059	PRESIDIO OSPEDALIERO SAN BARTOLOMEO	SARZANA	LIGURIA	1.302	3,31
	030935	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.224	3,11
	100901	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PERUGIA	UMBRIA	1.168	2,97
	100801	PRESIDIO OSPEDALIERO CITTA' DI CASTELLO	CITTA' DI CASTELLO	UMBRIA	1.124	2,85
	100803	PRESIDIO OSPEDALIERO USL N. 2	PERUGIA	UMBRIA	1.015	2,58
	030924	OSPEDALE POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA	PAVIA	LOMBARDIA	950	2,41
	080960	II.OO. RIZZOLI - BOLOGNA	BOLOGNA	EMILIA ROMAGNA	942	2,39
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>12.250</b>	<b>31,10</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>39.385</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Umbria	120904	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	ROMA	LAZIO	2.032	11,03
	120905	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	ROMA	LAZIO	931	5,05
	090619	OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	SANSEPOLCRO	TOSCANA	833	4,52
	090236	CASA DI CURA POGGIO DEL SOLE SRL	AREZZO	TOSCANA	677	3,68
	090902	AZIENDA OSPEDALIERA SENESE	SIENA	TOSCANA	584	3,17
	090903	AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI	FIRENZE	TOSCANA	532	2,89
	120911	I.D.I.	ROMA	LAZIO	437	2,37
	090621	OSPEDALE AREA ARETINA NORD	AREZZO	TOSCANA	367	1,99
	090901	AZIENDA OSPEDALIERA PISANA	PISA	TOSCANA	347	1,88
	080960	II.OO. RIZZOLI - BOLOGNA	BOLOGNA	EMILIA ROMAGNA	325	1,76
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>7.065</b>	<b>38,36</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>18.418</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Marche	080095	PRESIDIO OSPEDALIERO RIMINI - SANTARCANGEL.	RIMINI	EMILIA ROMAGNA	1.568	4,78
	080908	S. ORSOLA - MALPIGHI - BOLOGNA	BOLOGNA	EMILIA ROMAGNA	1.545	4,71
	080249	CASA DI CURA VILLA MARIA	RIMINI	EMILIA ROMAGNA	1.506	4,59
	100901	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PERUGIA	UMBRIA	1.335	4,07
	080239	VILLA MARIA CECILIA	COTIGNOLA	EMILIA ROMAGNA	1.065	3,25
	080099	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CATTOLICA	CATTOLICA	EMILIA ROMAGNA	1.030	3,14
	080091	CESENA	CESENA	EMILIA ROMAGNA	952	2,90
	130014	OSPEDALE MAZZINI	TERAMO	ABRUZZO	919	2,80
	080100	PRESIDIO OSPEDALIERO RICCIONE - CATTOLICA	RICCIONE	EMILIA ROMAGNA	827	2,52
	080245	MALATESTA NOVELLO	CESENA	EMILIA ROMAGNA	791	2,41
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>11.538</b>	<b>35,20</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>32.775</b>	<b>100,00</b>

segue a pag. 90

segue da pag. 89

**Tabella II - Distribuzione dei dimessi in mobilità passiva secondo i principali ospedali di destinazione. Anno 2003**

Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Lazio	100902	AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" - TERNI	TERNI	UMBRIA	5.650	7,66
	130040	CASA DI CURA PRIVATA VILLA LETIZIA	L'AQUILA	ABRUZZO	3.830	5,19
	130001	OSPEDALE CIVILE S. SALVATORE	L'AQUILA	ABRUZZO	3.612	4,89
	130003	PO "S. NICOLA E FILIPPO" AVEZZANO	AVEZZANO	ABRUZZO	2.634	3,57
	100806	P.O.S. MARIA DELLA STELLA	ORVIETO	UMBRIA	2.247	3,04
	130039	INI CANISTRO SRL	CANISTRO	ABRUZZO	1.797	2,43
	090902	AZIENDA OSPEDALIERA SENESE	SIENA	TOSCANA	1.761	2,39
	140911	NEUROMED	POZZILLI	MOLISE	1.580	2,14
	100807	PRESIDIO OSPEDALIERO NARNI AMELIA	NARNI	UMBRIA	1.509	2,04
	090901	AZIENDA OSPEDALIERA PISANA	PISA	TOSCANA	1.313	1,78
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>25.933</b>	<b>35,14</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>73.801</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Abruzzo	120904	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	ROMA	LAZIO	2.546	7,67
	110072	CASA DI CURA "VILLA ANNA" SRL	S. BEN. DEL TRONTO	MARCHE	1.709	5,15
	120905	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	ROMA	LAZIO	1.689	5,09
	110064	OSPEDALE CIVILE "MADONNA DEL SOCCORSO"	S. BEN. DEL TRONTO	MARCHE	1.442	4,34
	110056	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE "C.G. MAZZONI"	ASCOLI PICENO	MARCHE	1.441	4,34
	110904	A.O. TORRETTE UMBERTO I°	ANCONA	MARCHE	1.166	3,51
	110073	CASA DI CURA "STELLA MARIS" SRL	S. BEN. DEL TRONTO	MARCHE	951	2,87
	120906	POLICLINICO U.I	ROMA	LAZIO	931	2,81
	140007	P.O. S. FRANCESCO CARACCILO ASL N. I	AGNONE	MOLISE	849	2,56
	110903	A.O. G. SALESI	ANCONA	MARCHE	803	2,42
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>13.527</b>	<b>40,76</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>33.190</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Molise	120904	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	ROMA	LAZIO	1.287	7,19
	130029	OSPEDALE CIVILE VASTO	VASTO	ABRUZZO	1.286	7,19
	130005	PO CASTEL DI SANGRO	CASTEL DI SANGRO	ABRUZZO	1.234	6,90
	160905	CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	S. GIOV. ROTONDO	PUGLIA	1.219	6,81
	130026	OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA	CHIETI	ABRUZZO	1.124	6,28
	120905	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	ROMA	LAZIO	883	4,93
	130018	OSPEDALE CIVILE SPIRITO SANTO	PESCARA	ABRUZZO	872	4,87
	130034	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	CHIETI	ABRUZZO	562	3,14
	130022	CASA DI CURA PRIVATA "PIERANGELI S.R.L."	PESCARA	ABRUZZO	377	2,11
	120906	POLICLINICO U.I	ROMA	LAZIO	356	1,99
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>9.200</b>	<b>51,42</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>17.893</b>	<b>100,00</b>

**Tabella II - Distribuzione dei dimessi in mobilità passiva secondo i principali ospedali di destinazione. Anno 2003**

Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Campania	I20904	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	ROMA	LAZIO	6.039	6,33
	I60905	CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	S. GIOV. ROTONDO	PUGLIA	4.564	4,78
	I20905	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	ROMA	LAZIO	4.033	4,23
	090901	AZIENDA OSPEDALIERA PISANA	PISA	TOSCANA	2.628	2,76
	090902	AZIENDA OSPEDALIERA SENESE	SIENA	TOSCANA	2.546	2,67
	030935	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	2.538	2,66
	I70901	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE S. CARLO	POTENZA	BASILICATA	2.123	2,23
	I40008	OSPEDALE CIVILE SS. ROSARIO	VENAFRO	MOLISE	2.086	2,19
	I20206	PRESIDIO OSPEDALIERO SUD	FORMIA	LAZIO	2.056	2,16
	I20906	POLICLINICO U.I	ROMA	LAZIO	1.801	1,89
<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>					<b>30.414</b>	<b>31,89</b>
<b>Totale mobilità passiva</b>					<b>95.384</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Puglia	I70011	PRESIDIO OSPEDALIERO - MATERA	MATERA	BASILICATA	2.519	3,80
	030935	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	2.436	3,67
	I20904	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	ROMA	LAZIO	2.243	3,38
	I40003	STABILIMENTO OSPEDALIERO S.TIMOTEO	TERMOLI	MOLISE	2.157	3,25
	I20905	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	ROMA	LAZIO	1.902	2,87
	030922	ISTITUTO NAZ.LE PER CURA TUMORI - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.594	2,40
	080908	S.ORSOLA - MALPIGHI - BOLOGNA	BOLOGNA	EMILIA ROMAGNA	1.594	2,40
	I30022	CASA DI CURA PRIVATA "PIERANGELI S.R.L."	PESCARA	ABRUZZO	1.586	2,39
	070940	IST. G. GASLINI	GENOVA	LIGURIA	1.490	2,25
	030941	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.452	2,19
<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>					<b>18.973</b>	<b>28,60</b>
<b>Totale mobilità passiva</b>					<b>66.334</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Basilicata	I60907	AZ. OSP. POLOCLINICO BARI	BARI	PUGLIA	2.146	7,17
	I60905	CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	S. GIOV. ROTONDO	PUGLIA	1.690	5,65
	I60078	OSPEDALE MIULLI	ACQUAVIVA DELLE FONTI	PUGLIA	1.387	4,64
	I60030	PRESIDIO OSPEDALIERO S.M. LA CIVITA	SPINAZZOLA	PUGLIA	998	3,34
	I20904	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	ROMA	LAZIO	951	3,18
	I50161	PRESIDIO OSPEDALIERO DELL'IMMACOLATA	SAPRI	CAMPANIA	897	3,00
	I50160	PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLLA - S.ARSENIO	POLLA	CAMPANIA	859	2,87
	I20905	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	ROMA	LAZIO	705	2,36
	I60087	SANTA MARIA	BARI	PUGLIA	623	2,08
	I50909	UNIV. STUDI NAPOLI - FEDERICO II - FAC. MEDIC.	NAPOLI	CAMPANIA	516	1,73
<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>					<b>10.772</b>	<b>36,01</b>
<b>Totale mobilità passiva</b>					<b>29.912</b>	<b>100,00</b>

segue a pag. 92

segue da pag. 91

**Tabella II - Distribuzione dei dimessi in mobilità passiva secondo i principali ospedali di destinazione. Anno 2003**

Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Calabria	190930	AZIENDA OSP. UNIV. DI MESSINA	MESSINA	SICILIA	3.721	5,55
	120905	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	ROMA	LAZIO	2.602	3,88
	120904	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	ROMA	LAZIO	2.449	3,65
	030935	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	2.330	3,47
	030924	OSPEDALE POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA	PAVIA	LOMBARDIA	1.788	2,66
	080908	S. ORSOLA - MALPIGHI - BOLOGNA	BOLOGNA	EMILIA ROMAGNA	1.660	2,47
	030106	POLICLINICO DI MONZA - CASA DI CURA PRIV.	MONZA	LOMBARDIA	1.590	2,37
	090901	AZIENDA OSPEDALIERA PISANA	PISA	TOSCANA	1.498	2,23
	120906	POLICLINICO U.I	ROMA	LAZIO	1.369	2,04
	030922	ISTITUTO NAZ.LE PER CURA TUMORI - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.284	1,91
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>20.291</b>	<b>30,24</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>67.102</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Sicilia	030935	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	3.764	5,49
	030924	OSPEDALE POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA	PAVIA	LOMBARDIA	2.654	3,87
	070940	IST. G. GASLINI	GENOVA	LIGURIA	2.623	3,83
	030922	ISTITUTO NAZ.LE PER CURA TUMORI - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	2.540	3,71
	030280	ISTITUTO CLINICO "HUMANITAS" - ROZZANO	ROZZANO	LOMBARDIA	1.948	2,84
	090901	AZIENDA OSPEDALIERA PISANA	PISA	TOSCANA	1.814	2,65
	030941	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	1.724	2,52
	030106	POLICLINICO DI MONZA - CASA DI CURA PRIV.	MONZA	LOMBARDIA	1.552	2,27
	120905	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	ROMA	LAZIO	1.549	2,26
	050901	AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA	PADOVA	VENETO	1.549	2,26
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>21.717</b>	<b>31,70</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>68.505</b>	<b>100,00</b>
Regione di residenza del paziente	Codice struttura	Denominazione struttura	Comune struttura	Regione struttura	Dimessi	%
Sardegna	030935	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	872	5,75
	070940	IST. G. GASLINI	GENOVA	LIGURIA	766	5,05
	030922	ISTITUTO NAZ.LE PER CURA TUMORI - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	702	4,63
	030941	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	658	4,34
	120904	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	ROMA	LAZIO	558	3,68
	120905	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	ROMA	LAZIO	409	2,70
	090901	AZIENDA OSPEDALIERA PISANA	PISA	TOSCANA	396	2,61
	070930	AZ. OSP. OSPEDALE S. MARTINO E CL. UNIV. CONV.	GENOVA	LIGURIA	306	2,02
	030924	OSPEDALE POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA	PAVIA	LOMBARDIA	298	1,97
	030921	MAGGIORE POLICLINICO - MILANO	MILANO	LOMBARDIA	280	1,85
	<b>Mobilità passiva (prime 10 strutture)</b>				<b>5.245</b>	<b>34,61</b>
	<b>Totale mobilità passiva</b>				<b>15.154</b>	<b>100,00</b>

**Tabella 12 - Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con il più alto numero di dimessi in mobilità attiva. Anno 2003**

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Roma	21.815
Istituto. G. Gaslini - Genova	15.505
Ospedale Policlinico S. Matteo - Pavia	12.714
IRCCS S. Raffaele - Milano	12.498
Casa Sollievo della Sofferenza - San Giovanni Rotondo - Foggia	11.163
Il.OO. Rizzoli - Bologna	10.484
Istituto Europeo di Oncologia - Milano	8.161
Istituto Nazionale per cura tumori - Milano	8.114
I.D.I. - Roma	4.903
Centro Auxologico Italiano - Verbania Cusio	4.586

**Tabella 13 - Policlinici e Ospedali Classificati con il più alto numero di dimessi in mobilità attiva. Anno 2003**

PL - Policlinico Agostino Gemelli - Roma	16.218
PL - Umberto I - Roma	8.522
PL - Policlinico Universitario - Messina	4.130
PL - Policlinico Universitario Federico II - Napoli	3.083
CL - Ospedale Sacro Cuore Negrar - Verona	2.978
CL - E.O. Ospedali Galliera - Genova	2.354
PL - Policlinico Universitario Campus Bio Medico - Roma	2.011
CL - Ospedale Miulli - Bari	1.986
CL - Ospedale S. Pietro Fatebenefratelli - Roma	1.841
PL - Azienda Universitaria Policlinico - Napoli	1.299

PL = Policlinico  
CL = Ospedale Classificato

**Tabella 14 - Aziende Ospedaliere con il più alto numero di dimessi in mobilità attiva. Anno 2003**

A.O. Pisana - Pisa	15.159
A.O. di Verona	13.636
A.O. S. Orsola Malpighi - Bologna	13.191
A.O. di Padova	11.614
A.O. di Senese - Siena	8.499
A.O. Careggi - Firenze	7.923
A.O. di Perugia	7.379
A.O. S. Martino e clin. Univ. Conv. Genova	7.040
A.O. Spedali civili di Brescia	6.976
A.O. S. Maria Terni	6.803

**Tabella 15 - Presidi Ospedalieri con il più alto numero di dimessi in mobilità attiva. Anno 2003**

Presidio Ospedaliero Bellaria Maggiore - Bologna	5.418
Presidio Ospedaliero S.Salvatore - L' Aquila	4.990
Presidio Ospedaliero S.Arcangelo - Rimini	4.459
Ospedale Generale Regionale - Bolzano	4.146
Presidio Ospedaliero di Massa Carrara	4.083
Ospedali Riuniti SS Anunziata - Chieti	3.405
Presidio Ospedaliero Provinciale S.Agostino - Modena	3.276
Presidio Ospedaliero S. Nicola e Filippo - Avezzano	3.147
Presidio Ospedaliero S. Paolo - Savona	3.129
Presidio Ospedaliero di Cesena	3.116

**Tabella 16 - Case di cura private con il più alto numero di dimessi in mobilità attiva. Anno 2003**

Istituto Clinico "Humanitas" Rozzano - Milano	7.604
Istituto Ortopedico Galeazzi Spa - Milano	4.320
Casa di Cura privata Villa Letizia - L'Aquila	4.266
Policlinico di Monza Casa di Cura privata - Milano	3.729
Ist. Policlinico S. Donato Spa San Donato Milanese - Milano	3.282
Hesperia Hospital Casa di Cura - Modena	3.204
Casa di Cura privata Villa Pini D'Abruzzo - Chieti	3.195
Casa di Cura privata Pierangeli Srl - Pescara	2.745
C.C. S. Giovanni XXIII - Monastier di Treviso - Treviso	2.582
Casa di Cura privata Poggio del sole Srl - Arezzo	2.564

**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 