le isole con 127 casi. A livello regionale, invece, si passa dai 35 casi della Provincia Autonoma di Bolzano ai 2.150 del Molise (**Tabella 1**).

2.3 Analisi quantitativa

Il confronto dei dati relativi agli ultimi sei anni (1998-2003) mostra un costante aumento dei casi trattati in ADI che, passando dai 204.545 dell'anno 1998 (pari a 355 ogni 100.000 abitanti), ai 315.842 dell'anno 2003 (pari a 551 casi ogni 100.000 abitanti), hanno subito un incremento del 55,2% (**Tabella 2**).

2.4 Valutazione critica

L'incremento dell'Assistenza Domiciliare Integrata verificatosi negli ultimi sei anni (1998-2003) dimostra l'impegno a voler spostare il baricentro assistenziale verso il domicilio nel rispetto delle indicazioni della Programmazione Sanitaria Nazionale.

2.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

L'ADI va inquadrata nell'ambito delle norme generali che disciplinano l'assistenza sanitaria e sociosanitaria, all'interno delle quali sono previsti specifici riferimenti: D.Lgs. 502/92 e s.m. ed i., il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 contenente l'"Atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione sociosanitaria", il D.P.C.M. 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria ed il Piano sanitario nazionale 2003-2005.

2.6 Health impact assessment

Il D.Lgs. 229/99 ha segnato una svolta decisiva per la sanità territoriale poiché attribuendo al Distretto Sociosanitario l'autonomia necessaria al raggiungimento degli obiettivi di salute ha contribuito all'evoluzione della sanità pubblica nella direzione voluta dalla popolazione ovvero una sanità vicino ai bisogni di salute.

2.7 Indicazioni per la programmazione

Da ormai qualche tempo, nell'ottica del decentramento, si sta tentando di correggere l'assetto e la qualità del sistema sanitario spostando il baricentro della politica sanitaria sul territorio ed attribuendo, pertanto, nuove funzioni e compiti specifici alle istituzioni locali (Regioni, Comuni, Aziende Sanitarie e Distretti), realizzando il potenziamento dei servizi territoriali ed il rafforzamento del ruolo delle cure primarie, con l'obiettivo, da un lato, di governare la domanda di servizi sanitari per orientarla verso forme ed ambiti di assistenza appropriati, dall'altro, per predisporre le condizioni adeguate per la realizzazione di modelli assistenziali secondo logiche "di rete". L'ADI e più in generale la rete integrata dei servizi rivolti ai non autosufficienti, si colloca a pieno titolo in questo contesto della medicina del territorio.

Tabella 1 **Casi trattati in assistenza domiciliare integrata nell'anno 2003**

Regione	Casi trattati in ADI	Casi ADI per 100.000 ab.
Piemonte	21.522	509
Valle d'Aosta	67	55
Lombardia	55.985	615
Prov. Auton. Bolzano	164	35
Prov. Auton. Trento	1.166	241
Veneto	41.093	898
Friuli Venezia Giulia	25.238	2.118
Liguria	8.311	529
Emilia Romagna	47.870	1.188
Toscana	26.890	765
Umbria	5.475	656
Marche	10.392	700
Lazio	23.416	455
Abruzzo	5.954	468
Molise	6.902	2.150
Campania	9.161	160
Puglia	9.879	246
Basilicata	5.353	897
Calabria	2.302	115
Sicilia	6.787	137
Sardegna	1.915	117
ITALIA	**315.842**	**551**

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

Tabella 2 **Casi trattati in ADI e per 100.000 abitanti negli anni 1998-2003**

Anno di riferimento	Casi trattati in ADI	Casi ADI per 100.000 ab.
1998	204.545	355
1999	236.322	410
2000	240.105	416
2001	270.852	468
2002	324.806	570
2003	315.842	551

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

3 Sistema di emergenza sanitaria

3.1 Introduzione

Il sistema di emergenza sanitaria, oltre a rispondere alla urgenza-emergenza di carattere individuale con cui abitualmente si confronta, è in grado di affrontare altri tipi di emergenze che possono interessare un numero più elevato di cittadini, come ad esempio la comparsa di nuove patologie a carattere epidemico, le emergenze associate a gravi incidenti chimici o a disastri naturali. Tutti questi eventi possono essere validamente affrontati poiché esiste un'attività di preparazione continua a monte, che permette, in primo luogo, di conoscere la disponibilità della risposta sanitaria in termini di dotazione di personale, attrezzature, tempi di attivazione.
Il D.P.R. 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alla regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" individua le condizioni per assicurare questa attività uniformemente su tutto il territorio nazionale. Le linee guida n. 1/1996 recanti "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di emergenza sanitaria", forniscono le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali.
Pertanto, il sistema di emergenza sanitaria è costituito da:.

- un sistema di allarme sanitario;
- un sistema territoriale di soccorso;
- una rete di servizi e presidi.

3.2 Presentazione dei dati

Sistema di allarme sanitario

Il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla Centrale Operativa, alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico telefonico nazionale 118. Compito della Centrale Operativa è di garantire il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento, di norma provinciale, e di attivare la risposta ospedaliera, 24 ore su 24. Le funzioni fondamentali della Centrale Operativa comprendono la ricezione delle richieste di soccorso, la valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare, l'attivazione ed il coordinamento dell'intervento stesso. Definisce, inoltre, con la massima precisione possibile, il grado di criticità dell'evento accaduto e, conseguentemente, attiva l'intervento più idoneo. Sul territorio di competenza di ciascuna Centrale Operativa sono presenti Ospedali sede di Pronto soccorso o DEA di I e/o II livello. Tutte le Centrali Operative utilizzano "operatori" formati e circa l'83% provveda all'attività formativa del volontariato e di soggetti esterni. Al fine di garantire, a livello nazionale, una fisionomia unitaria dei diversi programmi di formazione ed aggiornamento, la Conferenza Stato Regioni nella seduta del 22 maggio 2003 ha approvato le: "Linee guida su formazione permanente ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza" che forniscono le indicazioni per la definizione degli obiettivi formativi che le varie figure professionali coinvolte devono conseguire al fine di garantire contestualmente l'uniformità dei percorsi formativi previsti dalle varie realtà regionali.
Con l'attivazione delle Centrali Operative di Potenza, Foggia, Taranto il territorio nazionale ha, allo stato attuale, una copertura del 100%.

Sistema territoriale di soccorso

Il sistema territoriale di soccorso è costituito dai mezzi di soccorso: ambulanze, centri mobili di rianimazione, auto medicalizzate, eliambulanze, distribuiti sul territorio di competenza della Centrale operativa. Le sedi di postazione sono identificate nel rispetto dei tempi di percorrenza previsti che, per quanto attiene al soccorso sanitario primario, deve estrinsecarsi entro gli 8 minuti per gli interventi in area urbana ed entro i 20 minuti per le zone extraurbane (salvo particolari situazioni di complessità orografica)
La tipologia dei mezzi di soccorso è la seguente:

- ambulanza di soccorso di base e di trasporto, automezzo il cui equipaggio è costituito da un autista soccorritore e da un infermiere (o soccorritore/volontario) a bordo, con preparazione idonea ad operare nel sistema dell'emergenza;
- ambulanza di soccorso avanzato, automezzo attrezzato per il supporto vitale il cui equipaggio

è costituito da un autista soccorritore ed un infermiere professionale con preparazione specifica verificata dal responsabile della centrale operativa. L'eventuale presenza del medico, indicato tra i medici assegnati alla Centrale Operativa, è stabilita dalla programmazione regionale;

• centro mobile di rianimazione, è un'ambulanza attrezzata come un piccolo reparto ospedaliero mobile, in cui sono previsti di norma, due infermieri professionali ed un medico anestesista-rianimatore, oltre all'autista soccorritore;

• eliambulanza, mezzo di norma integrativo delle altre forme di soccorso, il personale sanitario è composto da un medico anestesista-rianimatore e da un infermiere professionale qualificato in particolari sedi operative. Il documento sulle "Linee guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero", in fase di avanzata elaborazione nell'anno 2004, è stato poi approvato con accordo Stato-Regioni il 3 febbraio 2005.

Rete di servizi e presidi

La rete di servizi e presidi rappresenta la modalità di risposta all'emergenza sanitaria e si articola su quattro livelli:

• punti di primo intervento, fissi o mobili, organizzati per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasioni di manifestazioni di massa, sportive e culturali, religiose ecc;

• Pronto Soccorso ospedalieri nei quali sono assicurati gli accertamenti diagnostici, e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Sono garantiti, comunque, gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e, sotto il coordinamento della centrale operativa, l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate;

• Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) di primo livello che garantisce le prestazioni di Pronto soccorso ed accettazione, di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, assicura interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologia (UTIC). Sono inoltre assicurate le pretazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche di diagnostica per immagini e trasfusionali.

Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) di secondo livello assicurano, oltre alle prestazioni fornite dal DEA di primo livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza quali la cardiochirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica. Ove rientranti nella programmazione regionale, sono collocati nei DEA di secondo livello componenti di particolare qualificazione quali le Unità per grandi ustioni, le Unità spinali. La Conferenza Stato Regioni nella seduta del 29 aprile 2004 ha approvato un documento recante: "Linee guida per le unità spinali unipolari", il documento si propone di fornire indirizzi per l'organizzazione di un adeguato percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo delle persone affette da lesioni midollari, ed ha, inoltre, l'obiettivo di definire: i criteri per l'appropriato percorso assistenziale del mieloleso nelle Unità Spinali; i contenuti della formazione interdisciplinare degli operatori del settore, ed il monitoraggio epidemiologico delle mielolesioni.

3.3 Analisi quantitativa

Sul territorio nazionale nell'anno 2003 erano presenti 602 ambulanze di soccorso avanzato con medico a bordo pari a 1,05 ogni 100.000 abitanti (**Tabella 1**) e 650 centri mobili di rianimazione pari a 1,13 per 100.000 abitanti (**Tabella 2**). Nello stesso anno sono stati registrati, a livello nazionale, circa 348 accessi al Pronto soccorso ogni

Tabella 1 **Numero ambulanze di soccorso avanzato con medico a bordo nell'anno 2003**

Regione	Popolazione residente	Ambulanze di soccorso avanzato con medico	
		Totali	Per 100.000 ab.
Piemonte	4.231.334	38	0,90
Valle d'Aosta	120.909	4	3,31
Lombardia	9.108.645	16	0,18
Prov. Auton. Bolzano	467.338	10	2,14
Prov. Auton. Trento	483.157	5	1,03
Veneto	4.577.408	51	1,11
Friuli Venezia Giulia	1.191.588	5	0,42
Liguria	1.572.197	1	0,06
Emilia Romagna	4.030.220	44	1,09
Toscana	3.516.296	151	4,29
Umbria	834.210	28	3,36
Marche	1.484.601	39	2,63
Lazio	5.145.805	15	0,29
Abruzzo	1.273.284	38	2,98
Molise	321.047	1	0,31
Campania	5.725.098	61	1,07
Puglia	4.023.957	26	0,65
Basilicata	596.821	0	0,00
Calabria	2.007.392	50	2,49
Sicilia	4.972.124	10	0,20
Sardegna	1.637.639	9	0,55
ITALIA	**57.321.070**	**602**	**1,05**

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

Tabella 2 **Numero Centri mobili di rianimazione presenti sul territorio nazionale nell'anno 2003**

Regione	Centri mobili di rianimazione	Centri mobili di rianimazione per 100.000 ab.	Popolazione Residente
Piemonte	28	0,66	4.231.334
Valle d'Aosta	1	0,83	120.909
Lombardia	50	0,55	9.108.645
Prov. Auton. Bolzano	2	0,43	467.338
Prov. Auton. Trento	1	0,21	483.157
Veneto	33	0,72	4.577.408
Friuli Venezia Giulia	5	0,42	1.191.588
Liguria	3	0,19	1.572.197
Emilia Romagna	18	0,45	4.030.220
Toscana	221	6,29	3.516.296
Umbria	7	0,84	834.210
Marche	18	1,21	1.484.601
Lazio	27	0,52	5.145.805
Abruzzo	24	1,88	1.273.284
Molise	6	1,87	321.047
Campania	47	0,82	5.725.098
Puglia	31	0,77	4.023.957
Basilicata	11	1,84	596.821
Calabria	31	1,54	2.007.392
Sicilia	52	1,05	4.972.124
Sardegna	34	2,08	1.637.639
TOTALE	**650**	**1,13**	**57.321.070**

Fonte: Mininistero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

Tabella 3 **Accessi in Pronto Soccorso per 1.000 abitanti nell'anno 2003**

Regione	% di ricoverati sul totale degli accessi in Pronto Soccorso	Accessi in Pronto Soccorso per 1.000 abitanti
Piemonte	12,6	400,7
Valle d'Aosta	15,7	383,5
Lombardia	17,4	65,2
Prov. Auton. Bolzano	15,5	392,6
Prov. Auton. Trento	11,7	498,9
Veneto	16,7	455,9
Friuli Venezia Giulia	16,4	329,8
Liguria	19,6	344,1
Emilia Romagna	16,0	409,3
Toscana	15,9	338,1
Umbria	23,5	456,7
Marche	15,7	384,0
Lazio	19,6	416,7
Abruzzo	29,8	443,1
Molise	39,8	488,4
Campania	16,6	454,1
Puglia	30,9	359,6
Basilicata	32,7	324,1
Calabria	27,1	410,2
Sicilia	24,6	412,3
Sardegna	20,7	233,9
TOTALE	**19,7**	**347,7**

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

1.000 abitanti ed il 19,7% hanno avuto come esito il ricovero (**Tabella 3**). Da questi dati appare evidente un iperafflusso ai servizi di Pronto Soccorso che indirizza gli interventi sanitari verso bisogni minori e sostanzialmente non urgenti, ed impedisce di utilizzare le risorse disponibili per le attività più appropriate e per una rapida ed efficace risposta all'emergenza. A tal proposito La Conferenza Stato Regioni nella seduta del 25 ottobre 2001 ha emanato le "Linee guida sul "triage" intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso". Il termine triage deriva dal verbo francese "trier" e significa scegliere, classificare e indica quindi il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorità, per il trattamento quando si è in presenza di molti pazienti.
La rete di servizi e presidi nel 2003 risulta costituita da 742 ospedali, dei quali 196 pari al 26,4% sono DEA di primo livello; 119 pari al 16,0% sono DEA di secondo livello e 427 pari al 57,4% sono Pronto Soccorso ospedalieri. Pertanto nell'area dell'emergenza circa il 42,5% degli ospedali pubblici risulta dotato di un Dipartimento di Emergenza-Urgenza Accettazione (**Tabella 4**).

3.4 Valutazione critica

I dati sopra riportati evidenziano come il SSN debba individuare metodi per la riduzione dell'iperafflusso ai servizi di pronto soccorso, anche attraverso una rimodulazione delle attività territoriali e all'uso della telemedicina e del teleconsulto.

3.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

Il sistema dell'emergenza-urgenza è stato attivato con l'emanazione del D.P.R. 27 Marzo 1992 ed il successivo atto d'intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria sancito in data 11 aprile 1996. Queste forniscono le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza e sulle unità operative che compongono i DEA di primo e secondo livello.

3.6 Health impact assessment

In questi ultimi anni è stata messa in atto una

Tabella 4 **Numero degli ospedali e relativi DEA presenti sul territorio nazionale nell'anno 2003**

Regione	DEA 1° liv.	DEA 2° liv.	No. DEA	Totale	% ospedali con DEA 1° liv. sul totale degli ospedali	% ospedali con DEA 2° liv. sul totale degli ospedali	% ospedali con DEA sul totale degli ospedali
Piemonte	20	8	14	42	47,6%	19,0%	66,7%
Valle d'Aosta		1		1	0,0%	100,0%	100,0%
Lombardia	23	10	22	55	41,8%	18,2%	60,0%
Prov. Auton. Bolzano	2	1	4	7	28,6%	14,3%	42,9%
Prov. Auton. Trento	1		12	13	7,7%	0,0%	7,7%
Veneto	18	13	45	76	23,7%	17,1%	40,8%
Friuli Venezia Giulia	9	4	5	18	50,0%	22,2%	72,2%
Liguria	5	3	10	18	27,8%	16,7%	44,4%
Emilia Romagna	12	8	8	28	42,9%	28,6%	71,4%
Toscana	16	9	19	44	36,4%	20,5%	56,8%
Umbria	4	2	5	11	36,4%	18,2%	54,5%
Marche	13	3	21	37	35,1%	8,1%	43,2%
Lazio	16	9	52	77	20,8%	11,7%	32,5%
Abruzzo	10	7	5	22	45,5%	31,8%	77,3%
Molise	2	2	3	7	28,6%	28,6%	57,1%
Campania	12	15	39	66	18,2%	22,7%	40,9%
Puglia	4	7	58	69	5,8%	10,1%	15,9%
Basilicata	3	1	5	9	33,3%	11,1%	44,4%
Calabria	12		25	37	32,4%	0,0%	32,4%
Sicilia	9	15	48	72	12,5%	20,8%	33,3%
Sardegna	5	1	27	33	15,2%	3,0%	18,2%
TOTALE	**196**	**119**	**427**	**742**	**26,4%**	**16,0%**	**42,5%**

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

serie di azioni finalizzate al contenimento della domanda verso le strutture di pronto soccorso, che necessitano comunque di essere implementate, anche, cercando di diffondere nei cittadini la consapevolezza che l'accesso a tali strutture è da ritenersi riservato alle urgenze ed alle emergenze.

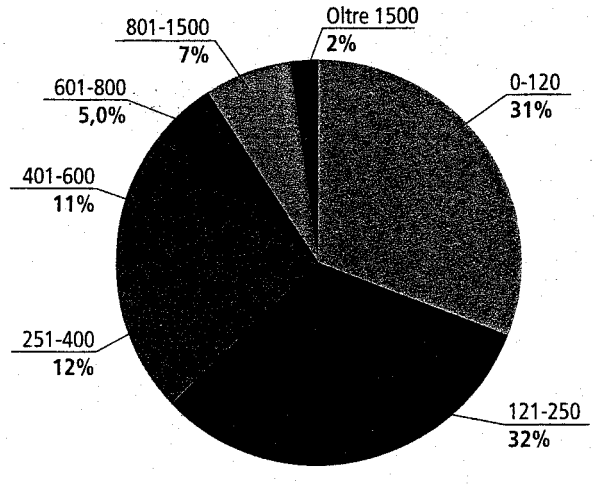
3.7 Indicazioni per la programmazione

I cambiamenti dei processi assistenziali avvenuti negli ultimi anni nel campo della gestione delle emergenze-urgenze di natura sanitaria, anche a seguito dell'introduzione delle nuove tecnologie informatiche, rendono necessario un ulteriore approfondimento dei modelli assistenziali nel settore dell'emergenza-urgenza. Pertanto, il Ministero della Salute ha ritenuto opportuno costituire un'apposita Commissione consultiva con il compito di formulare proposte e pareri per la elaborazione di un Piano per il miglioramento del sistema di urgenza ed emergenza.

4 Assistenza ospedaliera per acuti

4.1 Introduzione

L'assistenza ospedaliera costituisce il livello di assistenza più importante del Servizio Sanitario Nazionale in quanto ancora oggi assorbe quasi metà dei costi sostenuti per l'assistenza sanitaria, malgrado le ripetute indicazioni programmatorie nazionali e l'impegno delle Regioni nel ridurre i costi dell'assistenza ospedaliera a favore della prevenzione e dell'assistenza territoriale. Nel livello di assistenza ospedaliera sono previste le prestazioni erogate in regime ordinario e in day hospital o day surgery sia nelle discipline per acuti sia per la riabilitazione e la lungodegenza. Sono inoltre comprese le prestazioni erogate in pronto soccorso e gli interventi di ospedalizzazione domiciliare.
All'interno delle strutture ospedaliere sono, pertanto, erogate le prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che per loro natura o complessità di esecuzione richiedono un livello di assistenza medica ed infermieristica continua non attuabile in regime ambulatoriale. Possono essere previste forme di ospedalizzazione domiciliare per i pazienti che dispongono di un adeguato supporto familiare ma che necessitano di prestazioni assistenziali ad elevato contenuto sanitario durante l'arco delle 24 ore, nonché di interventi infermieristici e di riabilitazione fisica e psicologica e di cure palliative.
L'assistenza ospedaliera viene erogata da strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, quali presidi ospedalieri delle aziende USL, aziende ospedaliere, aziende universitarie, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ospedali classificati e case di cura private.
Spetta alla Regione definire le modalità di organizzazione degli ospedali per formare una rete integrata e coordinata, al fine di garantire al cittadino risposte corrette ed appropriate nel nodo della rete più idoneo.



Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

Figura 1 Distribuzione degli ospedali pubblici per classe di posti letto (valori percentuali) - Anno 2003.

4.2 Presentazione dei dati

Il Servizio Sanitario Nazionale si avvale per l'assistenza ospedaliera di 1281 Istituti di ricovero e cura di cui circa il 59% (746) appartiene al settore pubblico. Quest'ultimo annovera tra l'altro 98 Aziende ospedaliere e 50 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico per l'attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa con elevata valenza scientifica. Risulta confermato il trend decrescente del numero di istituti in assoluto, già presente negli anni precedenti, risultato della riconversione e dell'accorpamento di alcune strutture.
Oltre il 60% degli ospedali pubblici esistenti risulta di dimensioni medio-piccole (ossia con meno di 250 posti letto) e solo il 14% è di grandi dimensioni (con oltre 600 posti letto) (**Figura 1**).
I posti letto disponibili negli istituti di ricovero e cura sono utilizzati per le discipline cosiddette per acuti (discipline mediche, chirurgiche e di emergenza) in modalità di degenza ordinaria e in day hospital e/o day surgery e per le discipline post-acuzie, in modalità di riabilitazione e lungodegenza, unità spinale.
Nell'anno 2003 l'offerta di posti letto per acuti per le attività di degenza ordinaria è risultata costituita da 221.200 unità, pari a circa 3.9 ogni 1.000 abitanti e per l'attività di day hospital da 26.400 unità, pari a circa lo 0.46 per 1.000 abi-

tanti. Il valore complessivo del 4.36 per 1.000 è ancora superiore al tasso previsto dalla legge 405/2001 che stabilisce nel 4 per 1.000 la dotazione media regionale di riferimento per le discipline per acuti (**Tabella 1**).

Le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera hanno di fatto inciso sulla diminuzione dei posti letto per le attività di ricovero ordinario, in buona parte riconvertiti in modalità di degenza diurna. Infatti nel corso dell'ultimo quinquennio la disponibilità di posti letto per la degenza ordinaria si è ridotta del 14%, mentre quella per il day hospital è aumentata di più del 19,5%.

La dotazione di posti letto per le attività di day hospital e/o di day surgery è cresciuta notevolmente negli ultimi anni, ma risulta ancora estremamente variabile a livello regionale. Il valore percentuale nazionale di posti letto per day hospital sull'insieme dei posti letto dedicati all'attività ordinaria si attesta al 11,9%, con un discreto aumento rispetto all'anno precedente, (10,7% nel 2002), superando l'obiettivo previsto dall'atto di indirizzo e coordinamento del 1992, che stabiliva nel 10% una indicazione programmatica. Il numero di posti letto dedicati alle discipline di emergenza (terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, unità coronarica, grandi ustioni, grandi ustioni pediatriche) è 8.178, pari a circa 14,3 ogni 100.000 abitanti, e costituisce il 3,5% dell'ammontare complessivo dei posti letto utilizzati per acuti, coerentemente con quanto stabilito dalle linee guida nazionali del 1996 che fissavano al 3% un parametro orientativo. L'andamento dei dati negli anni recenti ne evidenzia una crescita significativa, anche per il concentrarsi delle risorse dell'assistenza ospedaliera in tale ambito.

L'ospedalizzazione domiciliare è ancora una realtà poco diffusa nel nostro Paese. Nel Sistema Informativo Sanitario risultano presenti solo 57 servizi, quasi interamente afferenti al settore pubblico, corrispondenti a poco meno dell'8% delle strutture ospedaliere pubbliche esistenti sul territorio nazionale. Su tale valore occorre essere piuttosto cauti in quanto potrebbe sussistere una consistente sottodichiarazione da parte delle strutture ospedaliere.

Nell'anno 2003 si sono registrati nelle discipline per acuti circa 8,4 milioni di ricoveri in modalità di degenza ordinaria, pari ad un tasso di ospedalizzazione di 146,1 per 1.000 abitanti, e 3,57 milioni di ricoveri in modalità diurna, pari ad un tasso di ospedalizzazione del 62 per 1.000 abitanti.

Il numero complessivo di ricoveri (comprensivo anche delle discipline di riabilitazione e lungodegenza) è leggermente diminuito rispetto al 2002 e, considerando che la legge 662/1996 ha previsto per il tasso di ospedalizzazione un parametro di riferimento del 160 per 1.000, per rientrarvi sarebbe necessario prevedere ulteriori misure di razionalizzazione.

Tabella 1 Posti letto per acuti per 1.000 ab. Anno 2003

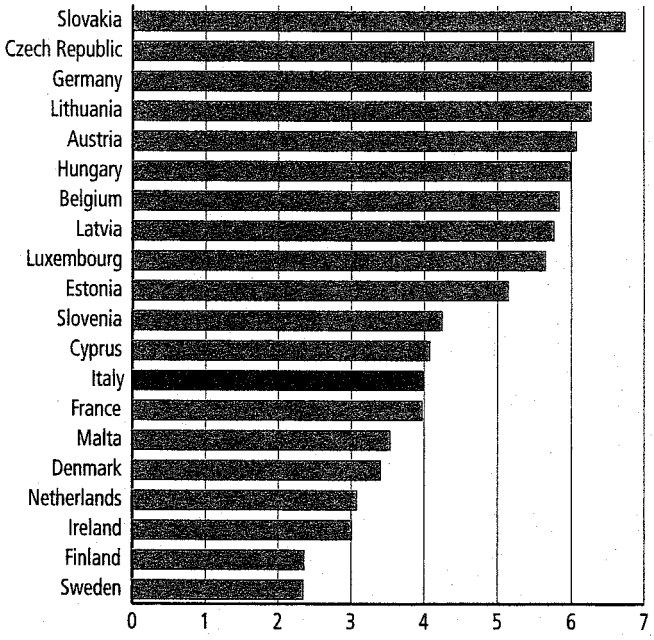
Regione	Degenza ordinaria	Day hospital
Piemonte	3,43	0,49
Valle d'Aosta	3,53	0,44
Lombardia	4,05	0,42
Prov. Auton. Bolzano	4,72	0,33
Prov. Auton. Trento	3,48	0,37
Veneto	3,77	0,47
Friuli Venezia Giulia	4,39	0,46
Liguria	3,88	0,61
Emilia Romagna	3,99	0,47
Toscana	3,94	0,52
Umbria	3,48	0,61
Marche	3,87	0,50
Lazio	4,20	0,59
Abruzzo	4,22	0,44
Molise	4,18	0,44
Campania	3,11	0,34
Puglia	3,93	0,31
Basilicata	3,83	0,41
Calabria	3,87	0,47
Sicilia	3,77	0,54
Sardegna	4,60	0,38
ITALIA	**3,86**	**0,46**

Fonte: Ministero della Salute

È proseguita, a conferma della strategia di presidiare l'appropriatezza dell'erogazione delle cure ospedaliere, la riduzione del numero di giornate di ricovero – passate in complesso da 79,8 milioni del 2002 a 77,9 nel 2003. Tale riduzione è attribuibile in gran parte ai ricoveri per acuti in regime ordinario che sono diminuiti di circa 435.000, corrispondente ad una diminuzione di circa 2,85 milioni di giornate di degenza. La riduzione dei ricoveri ordinari è stata bilanciata dall'aumento del numero di ricoveri in day hospital, pari a circa 270.000.

4.3 Analisi quantitativa

Anche la distribuzione regionale dell'indicatore posti letto per degenza ordinaria per 1.000 abitanti dimostra una elevata eterogeneità, si passa dal 3.11 della Campania a oltre il 4,5 per mille della Sardegna e della P.A. di Bolzano. Oltre



Fonte: OMS, Banca dati HFA-DB - Anno 2001

Figura 2 Disponibilità posti letto per acuti nell'Unione europea (posti letto per 1.000 abitanti).

Tabella 2 Tasso di ospedalizzazione standardizzato e grezzo regime ordinario discipline per acuti (per 1.000 abitanti)

Regione di residenza	ANNO 2003	
	Tasso Standard[1]	Tasso grezzo
Piemonte	110,35	114,72
Valle d'Aosta	130,20	132,13
Lombardia	141,07	140,92
P.A. Bolzano	176,75	165,87
P.A. Trento	125,04	124,79
Veneto	125,11	125,09
Friuli Venezia Giulia	117,36	126,16
Liguria	131,72	146,23
Emilia Romagna	127,06	136,12
Toscana	117,93	127,12
Umbria	127,11	135,38
Marche	133,66	140,55
Lazio	158,99	157,41
Abruzzo	190,52	193,33
Molise	174,21	177,91
Campania	165,29	151,74
Puglia	180,08	170,66
Basilicata	152,65	149,90
Calabria	172,83	165,39
Sicilia	172,25	166,13
Sardegna	168,86	160,24
ITALIA	**146,09**	**146,09**

[1] Popolazione nazionale 1/1/2003
Istituti pubblici e privati accreditati

Fonte: Ministero della Salute, Schede di dimissione ospedaliera

alla Campania, risultano sensibilmente inferiori al valore nazionale (pari a 3,86) Umbria, Valle d'Aosta, P. A. di Trento e Piemonte.

A livello europeo, la disponibilità italiana dei posti letto per acuti per il ricovero ordinario si colloca su un valore intermedio: Svezia e Finlandia registrano i valori più bassi, al disotto di 2,5 posti letto ogni 1.000 abitanti; mentre i valori più elevati, superiori a 6 posti letto ogni 1.000 abitanti, si ritrovano in genere tra i Paesi dell'Europa centrale (inclusi Austria e Germania) (**Figura 2**).

Analizzando la situazione del ricovero ordinario nel suo complesso, risulta una evidente variabilità a livello regionale. I valori più elevati del tasso di ospedalizzazione si registrano nelle regioni meridionali ed in particolare in Abruzzo, Molise e Puglia. Nella **Tabella 2** sono riportati anche i valori del tasso standardizzato, ottenuto con il procedimento della standardizzazione con metodo diretto che consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente in ciascuna realtà regionale e pertanto di ottenere un confronto più accurato. Dopo tale operazione i valori più elevati permangono nelle regioni Abruzzo e Puglia, ma si modificano sensibilmente i dati della Provincia Autonoma di Bolzano, e della regione Calabria; in generale le altre regioni meridionali incrementano il loro divario verso l'alto, mentre nelle regioni settentrionali al contrario i valori si riducono o rimangono pressoché costanti (**Tabella 2**).

L'analisi per età del paziente del fenomeno ospedalizzazione mostra la situazione particolarmente anomala dei bambini con meno di 1 anno di età il cui dato (esclusi i neonati sani) è pari al 550‰ e la prevedibile crescita progressiva nelle classi di età adulte al crescere dell'età. Il ricorso al ricovero è maggiore nel sesso maschile tra i bambini e nelle classi di età più avanzata; rimane, al contrario, maggiore tra le donne in età fertile (**Figura 3**).

Anche nella modalità assistenziale del ricovero diurno persiste una notevole variabilità regionale. Il tasso di ospedalizzazione per day hospital è più elevato nelle regioni Liguria, Umbria, Lazio, Abruzzo e Sicilia, dove si registrano valori maggiori del 65‰ e più basso in Puglia, in Friuli Venezia Giulia e nella Provincia Autonoma di Bolzano. Quasi ovunque si evidenzia una tendenza ad un graduale e progressivo incremento del regime diurno. Ovviamente l'evoluzione dell'attività riflette l'organizzazione, ed in particolare la dotazione di risorse dedicate alla modalità di day hospital.

La durata della degenza si è significativamente ri-