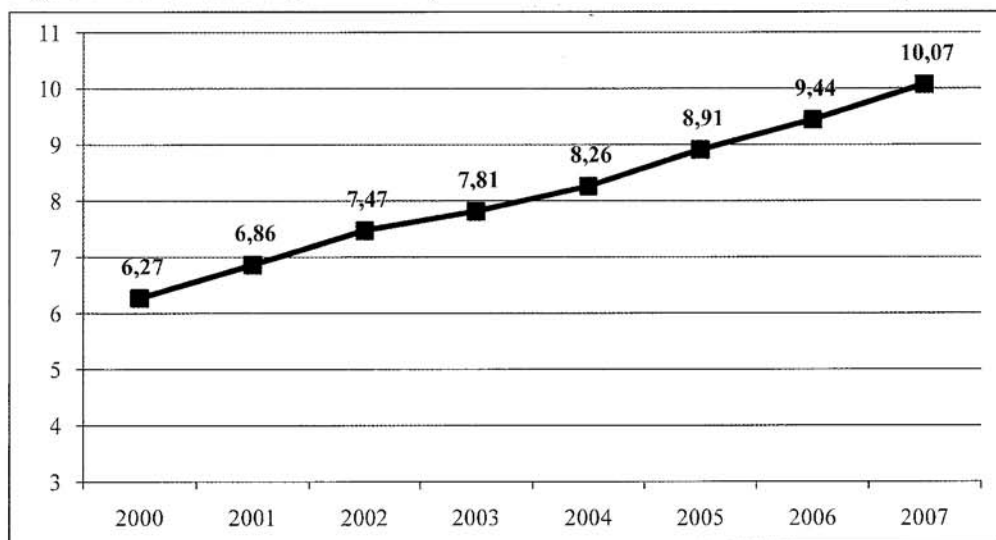


Figura 1 – Percentuale di posti letto ospedalieri per la riabilitazione sul totale dei posti letto



Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica - Settore Salute.

- un costante aumento di posti letto ospedalieri (4 punti percentuali in 7 anni) per la riabilitazione, coerentemente con la generale indicazione di pianificazione ospedaliera che ha ridotto il numero totale dei posti letto per acuti, aumentando quindi la necessità di strutture riabilitative in grado di ricevere sempre più precocemente pazienti sempre più complessi e critici;
- una difformità nelle diverse Regioni che segnala comunque come tale positivo processo debba ancora esser completato;
- una diffusione notevole, ma difforme nelle varie Regioni, delle degenze Ex. art. 26, producendo una condizione di sostanziale difformità nell'approccio operativo complessivo (Figura 1).

Ai fini della programmazione sanitaria, diventa indispensabile implementare una cultura condivisa fondata sui principi di precocità e globalità della presa in carico riabilitativo finalizzata alla costruzione di un governo clinico complessivo ed organico, che partendo da un corretto utilizzo delle risorse disponibili, metta in relazione molteplici momenti del percorso di

cura. L'obiettivo è verificare appropriatezza ed efficacia/efficienza di tutti gli interventi attraverso specifici indicatori di processo ed esito in una rete che definisca il raggiungimento dell'outcome della Persona in rapporto al suo Progetto Riabilitativo Individuale. Il modello concettuale, corrispondente a questi principi ed obiettivi è quello di Rete che si concretizza in un approccio dipartimentale integrato Ospedale-Territorio, a garanzia della continuità assistenziale e della qualità dell'intervento.

Trapianti

La promozione dei trapianti d'organo costituisce un obiettivo importante del sistema sanitario nazionale italiano, poiché questo tipo di intervento rappresenta oggi una terapia sicura e consolidata, spesso l'unica efficace per la cura di gravi patologie. In questo settore il nostro Paese ha conseguito ottimi risultati ponendosi ai primi posti fra i grandi Paesi Europei, sia in termini di numero di donazioni e trapianti, sia in termini di qualità delle strutture e dell'organizzazione su scala locale, regionale, interregionale e nazionale. Il nostro Paese rappresenta,

inoltre, un punto di riferimento per alcuni settori specifici, fra cui il controllo dei rischi di trasmissione di patologie da donatore a ricevente, le procedure di certificazione delle strutture e la trasparenza delle procedure e dei risultati. Notevoli sviluppi si sono avuti anche nel trapianto di cellule staminali ematopoietiche da midollo osseo e da sangue del cordone ombelicale, e nel trapianto di tessuti.

In particolare, è presente una rete trapiantologica che rappresenta un punto di eccellenza riconosciuta a livello mondiale per la qualità e il numero di trapianti effettuati con successo. In Italia sono attivi regolari programmi di trapianto di rene (1.500 trapianti/anno), fegato (1.000 trapianti/anno), cuore (350 trapianti/anno), pancreas (associato quasi sempre a rene in 90 trapianti/anno) e polmone (100 trapianti/anno).

L'attività di donazione registrata negli ultimi anni presenta un trend decisamente positivo, dovuto, soprattutto, alle innovazioni sul piano organizzativo introdotte dalla Legge 91/99. In particolare, con oltre 19,2 donazioni per milione di abitanti, l'Italia è a livello dei più grandi Paesi europei per numero di donazioni da donatore deceduto, dopo la Spagna, e molto vicina ai valori ottenuti dalla Francia. Tale risultato è principalmente legato a due fattori:

- lo sviluppo dell'organizzazione di sistema nelle Regioni, supportato dal Ministero e dal Centro Nazionale Trapianti;
- la crescente consapevolezza dei cittadini, dovuta sia all'impegno informativo da parte delle Istituzioni e delle Associazioni di volontariato, che agli effetti di una immagine positiva del sistema sulla popolazione.

A fronte di circa 9.000 pazienti iscritti in lista di attesa, il numero di trapianti eseguiti nell'anno 2008 è stato pari a circa 3.000. Le liste per il trapianto di organi hanno tempi medi

di attesa variabili: 3,14 anni per il rene, 2,07 per il fegato, 2,22 per il cuore, 3,69 per il pancreas e 2,09 per il polmone. Nonostante l'incremento del numero di trapianti eseguiti, le liste di attesa non tendono a ridursi, a causa del progressivo allargamento delle indicazioni al trapianto. Il numero dei pazienti in lista risulta comunque costante nel tempo, segno evidente di un sistema in equilibrio. La migrazione di pazienti dalle regioni meridionali verso quelle settentrionali costituisce tuttora un fenomeno rilevante.

Il costante crescere delle indicazioni al trapianto comporta una domanda sempre maggiore di organi e una conseguente maggior necessità di donazioni. Tra i punti critici del meccanismo di donazione-trapianto vi sono una non sistematica segnalazione dei potenziali donatori, talune inefficienze organizzative nel sistema dei trasporti connessi alle attività di donazione e trapianto, limitato numero di posti letto nelle rianimazioni e tempi medi di attesa dei pazienti iscritti in lista ancora troppo lunghi. La rete italiana dei trapianti si propone quindi i seguenti obiettivi:

- il mantenimento del numero di donazioni o di trapianti ai primissimi posti in Europa;
- il miglioramento continuo della qualità degli interventi e sempre maggiore trasparenza dei processi;
- la riduzione della disomogeneità esistente nell'attività di donazione tra Nord e Sud;
- la verifica del puntuale recepimento e dell'applicazione delle linee guida e delle disposizioni vigenti in materia;
- la promozione di campagne di informazione per i cittadini;
- la promozione dell'indispensabile attività di ricerca e cooperazione internazionale tra Italia e altri Paesi europei.

Per quanto attiene i trapianti di tessuti, comprese le cellule staminali ematopoietiche, l'obiettivo principale è lo sviluppo della rete nazionale dei centri

trapianto e delle banche, nonché la compiuta applicazione del decreto legislativo 191 del 2007.

Servizi trasfusionali

Il sistema trasfusionale italiano ha la caratteristica di offrire alla collettività sia prestazioni di diagnosi e cura di medicina trasfusionale, sia attività di produzione volte a garantire la costante disponibilità del sangue e dei suoi prodotti.

Con DM 21 dicembre 2007 è stato progettato il Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA), fondamentale strumento per la raccolta e la condivisione delle informazioni inerenti al sistema sangue, ai fini della programmazione, delle rilevazioni epidemiologiche di settore, della gestione delle compensazioni, dell'emovigilanza e della raccolta delle informazioni essenziali inerenti alla qualità ed all'appropriatezza. Il SISTRA è coordinato a livello nazionale dal Centro Nazionale Sangue, organismo di coordinamento e controllo tecnico scientifico presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

I dati consolidati pubblicati dall'ISS indicano che nel 2006 hanno donato in totale 1.539.454 donatori con un incremento del 2,4% rispetto all'anno precedente.

A livello nazionale si osserva un progressivo incremento dei donatori totali, per quanto con notevole variabilità tra regioni, con un massimo di 40 donatori/1.000 ab. in Friuli Venezia Giulia e un minimo di 18 in Campania

Gli obiettivi del sistema sangue nazionale di breve e medio termine, oltre a presidiare gli elementi basilari per l'autosufficienza regionale e nazionale, dovranno prendere in considerazione l'esigenza di ridurre il gap nord-sud e promuovere la donazione del sangue e dei suoi componenti attraverso campagne di sensibilizzazione ed interventi finalizzati alla fidelizzazione dei donatori ed al progressivo abbattimento delle donazioni occasionali, in

collaborazione con le associazioni e federazioni dei donatori operanti sul territorio nazionale.

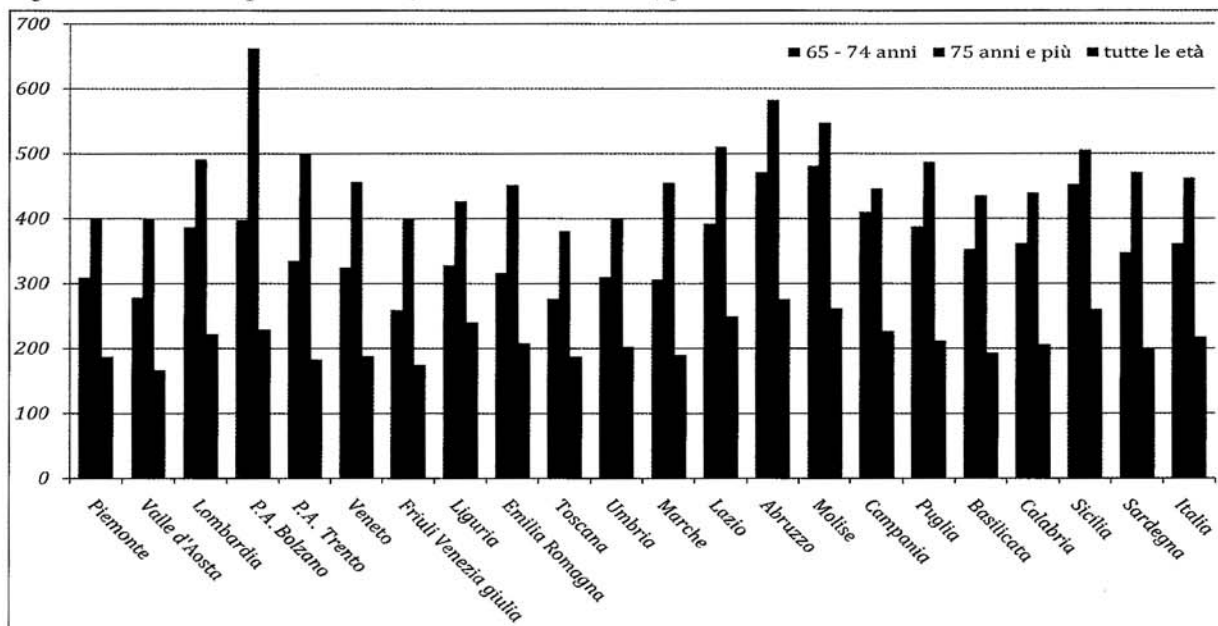
Assistenza agli anziani

L'invecchiamento della popolazione degli ultimi anni comporta il crescere dei bisogni assistenziali, sia in termini di richiesta di prestazioni che di loro complessità. L'efficacia delle riposte ad un bisogno complesso si gioca sulla capacità di organizzare servizi e percorsi assistenziali integrati, che tengano in considerazione tanto la dimensione sanitaria quanto quella sociale, tanto gli aspetti di promozione dell'invecchiamento quanto più possibile "in buona salute" quanto quelli volti al contenimento della disabilità e della non autosufficienza anche con riferimento ai parametri di "qualità della vita".

Nel 2006, anno a cui si riferiscono i più recenti dati disponibili, si sono registrati complessivamente 3 milioni e 600 mila ricoveri ordinari per anziani, valore in lieve diminuzione rispetto al 1999; al contrario, la percentuale dei ricoveri degli ultrasessantacinquenni sul totale dei ricoveri è cresciuta nel tempo passando dal 36,9% del 1999 all'attuale 40,4%. La degenza media è pari a 9,1 e 10,7 giornate rispettivamente per le due classi 65-74 e ≥ 75 anni, nettamente superiore quindi al valore riscontrato per il totale dei ricoveri (7,5). L'incremento dei valori rispetto al 1999 va letto, ovviamente, sia nell'ordine di un maggior invecchiamento che di un aumento delle aspettative di vita.

Da una analisi delle modalità di dimissione è possibile rilevare che per la gran parte si tratta di dimissioni ordinarie a domicilio del paziente (85,3%) o di decessi (5,1%). Percentuali considerevolmente più basse si osservano nel caso di trasferimenti verso istituti per acuti (2,2%), o verso istituti di riabilitazione (1,5%). Va sottolineato che le dimissioni ordinarie presso RSA (1,2%), le dimissioni pro-

Figura 2 – Tasso di ospedalizzazione (dimessi/1.000 abitanti) per classe di età – Anno 2006



Fonte: Sistema Informativo Sanitario.

tette a domicilio (0.2%) e le dimissioni con attivazione di ADI (0.3%), rappresentano una quota minimale del totale.

Sempre nel 2006, il tasso di ospedalizzazione per acuti nelle due classi di età considerate (65-74 e ≥ 75 anni) è pari, rispettivamente, a 361 e a 462 ricoveri ogni 1.000 abitanti, mentre nella popolazione generale si registrano circa 217 ricoveri per acuti ogni 1.000 residenti, a testimonianza di quanto cresca il ricorso all'ospedalizzazione con il crescere dell'età (Figura 2).

Sul versante dell'offerta di servizi in regime ospedaliero, si rileva che i posti letto classificati come appartenenti alla disciplina "geriatria" (distribuiti in 175 strutture pubbliche e 33 strutture private accreditate) sono, nel 2007, pari a 5.343; in media 4,5 posti letto ogni 10.000 anziani.

L'ADI è la formula assistenziale che meglio consente di rispondere all'esigenza di una presa in carico globale, ed il mantenimento, il più a lungo possibile, nel proprio ambiente di vita, con l'obiettivo anche di migliorare la qualità di vita del paziente e l'umanizzazione

del trattamento. Nel periodo 1999-2007 la quota di popolazione ultrasessantacinquenne trattata in assistenza domiciliare, rispetto al totale della popolazione appartenente alla stessa fascia d'età, è aumentata dall'1.8% al 3.3%. Analizzando più nel dettaglio la distribuzione territoriale dei dati, si osservano in generale valori tendenzialmente più bassi nelle regioni del Sud e delle Isole, con l'eccezione della sola Basilicata, e valori più elevati nell'Italia Nord orientale (6,4% in Veneto, 7,3% nel Friuli Venezia Giulia).

Sul totale della popolazione italiana, per ogni caso trattato in ADI sono state erogate mediamente, nel 2007, 20,2 ore di assistenza, con una grande variabilità fra le diverse Regioni. Le figure più presenti ed operative sono gli infermieri (13,9 ore pari al 69.0% del totale di ore erogato) e i terapisti della riabilitazione (3,5 ore pari al 17.5%).

Inoltre, a partire dagli anni novanta, si è assistito ad una crescita considerevole del numero dei presidi residenziali sia di tipo sanitario che socio-assistenziale, rivolti agli anziani, principalmente le fasce di età superiori ai 75

anni, e alle persone non autosufficienti. Nel 2005 gli ospiti non autosufficienti nelle strutture socio-assistenziali hanno raggiunto il 70.3% degli anziani assistiti nei servizi residenziali, a fronte del 68.7% nel 2003, del 66.1% nel 2001 e del 45% agli inizi degli anni 90. Al 31 dicembre del 2005 le persone anziane nei presidi residenziali sono 229.628. Le donne sono le più presenti nelle strutture, poiché costituiscono il 76.4% degli ospiti anziani, confermando la maggiore esposizione del genere femminile al rischio di istituzionalizzazione in età avanzata. La distribuzione territoriale dei dati presenta differenze considerevoli: l'80.5% degli anziani assistiti, infatti, si trova nei presidi residenziali del Nord Italia, ma il più marcato invecchiamento demografico di queste regioni non è sufficiente da solo a spiegare tali differenze territoriali.

Quali indicazioni per la programmazione sanitaria, si ritiene strategico:

- favorire la diffusione e il potenziamento di strumenti quali la valutazione multidimensionale;
- garantire una continuità assistenziale per gli anziani fragili anche attraverso la diffusione di figure di coordinamento delle prestazioni assistenziali, quali i "case manager";
- potenziare e qualificare sempre di più l'assistenza domiciliare integrata;
- potenziare, qualificare e diffondere i Punti Unici di Accesso (PUA) per accogliere, informare e promuovere la presa in carico sociale e sanitaria;
- garantire in tutti i nodi della rete assistenziale una precoce identificazione degli anziani fragili a più alto rischio di disabilità, mediante specifici percorsi diagnostici assistenziali e riabilitativi.

La presa in carico delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza

Si definiscono non autosufficienti coloro che hanno subito una perdita permanente, totale o parziale, delle

abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, a seguito di patologie congenite o acquisite o di disabilità, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana.

Tale condizione si è diffusa negli ultimi anni in considerazione dell'invecchiamento della popolazione e del conseguente incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative.

Per rendere ottimali i livelli essenziali nei confronti delle fragilità/non autosufficienza è necessario organizzare e integrare i livelli di assistenza in una "rete", il cui filo conduttore è rappresentato dalla continuità assistenziale che deve generare sinergia nelle risposte. Si può comprendere quindi, come la presa in carico, preceduta dalla valutazione multidimensionale (VMD) e concretizzata con il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), diventi il focus per gestire nella rete i processi assistenziali a favore delle fragilità.

In tale contesto si è posto con evidenza il problema di individuare e implementare un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari comprendenti una gradualità di risposte sanitarie e sociali integrate, commisurata al profilo dei bisogni, in grado di garantire continuità e qualità della presa in carico, semplificazione delle procedure e integrazione dei servizi a tutti i livelli.

Ad oggi, quasi tutte le regioni hanno previsto il Punto Unico di Accesso (PUA), in via sperimentale presso alcune Asl ovvero come modello organizzativo diffuso su tutto il territorio regionale. Occorre, infine, considerare che il PUA rientra tra i servizi da rafforzare mediante l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze distribuito alle Regioni e alle Province autonome per assicurare prestazioni sociali aggiuntive rispetto a quelle sanitarie in favore delle persone non autosufficienti, nella prospettiva di definire un sistema di servizi integrati

sociosanitari con caratteristiche qualitative e quantitative omogenee su tutto il territorio nazionale.

Tutela della salute mentale

Le azioni programmatiche dispiagate nel corso dell'ultimo decennio nel nostro Paese, hanno portato al consolidamento di un modello organizzativo dipartimentale, nel quale il Dipartimento di salute mentale costituisce l'organismo di coordinamento per l'integrazione dei servizi di tutela della salute mentale. Il Progetto Obiettivo "tutela salute mentale 1998-2000" ha tra l'altro individuato gli standard tendenziali per le componenti organizzative del Dipartimento di salute mentale.

L'istituzione dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) è stata formalizzata da tutte le Regione e Province Autonome. In linea generale in ogni Azienda sanitaria è presente un DSM dotato di: servizi per l'assistenza ambulatoriale e territoriale, erogati dai Centri di Salute Mentale (CSM); servizi di assistenza in regime semiresidenziale, erogati dai Centri Diurni (CD); servizi residenziali, presso le strutture extraospedaliere di assistenza psichiatrica; servizi ospedalieri erogati dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e dai reparti di Day Hospital (DH). L'offerta assistenziale è completata dalle case di cura private.

I Dipartimenti di salute mentale censiti nel 2007 sono, a livello nazionale, 214, articolati in 708 Centri di Salute Mentale, corrispondenti ad un tasso di 1,81 strutture ogni 150.000 abitanti, valore quasi doppio rispetto allo standard tendenziale definito dal Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000", che prevede un bacino di utenza per ciascun CSM non superiore a 150.000 abitanti. Il numero totale dei posti letto ospedalieri pubblici negli SPDC e nei reparti di DH è pari 4.722, corrispondente ad un tasso di 0,8 posti letto pubblici ogni 10.000

abitanti, valore inferiore al target fissato dal Progetto Obiettivo. Il numero totale dei posti letto nelle strutture di ricovero pubbliche e private è pari a 6.780 posti letto, con una percentuale media a livello nazionale di posti letto pubblici pari al 69,6%.

I Centri Diurni censiti nel 2007 sono 755, con un tasso di 1,93 strutture ogni 150.000 abitanti. Le strutture residenziali sono complessivamente 1.577, per un totale di 17.576 posti letto residenziali, corrispondenti ad un tasso nazionale di 2,99 posti letto ogni 10.000 abitanti, a fronte dello standard tendenziale di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti.

Per quanto attiene il personale in servizio presso i DSM, i dati rilevati dal Sistema Informativo Sanitario Nazionale si riferiscono a 175 dipartimenti di salute mentale sui 214 operanti nel territorio nazionale. Si tratta pertanto di una copertura parziale del dato nazionale. Le unità di personale rilevate sono pari a 18.637, di cui il 20,1% è costituito da medici, il 49,7% da infermieri, il 6,7% da psicologi, l'11,6% da operatori socio-sanitari, ed il restante 11,9% da personale amministrativo o altra qualifica.

Ai fini della valutazione di efficacia, efficienza ed appropriatezza dei servizi erogati, è di primaria importanza l'attivazione del Sistema informativo nazionale per la salute mentale. Il sistema è concepito per costituire una base dati integrata, incentrata sul paziente, che consenta, nel rispetto della normativa per la protezione dei dati personali e sensibili, di raccogliere informazioni utili al monitoraggio dell'attività dei servizi (mediante analisi dei volumi di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento), alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito, sia a livello regionale sia nazionale, nonché alla definizione dei fabbisogni finanziari ed al supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità.

Rete di assistenza per le tossicodipendenze e alcolismo

Le informazioni sulle attività svolte dai Servizi pubblici per le tossicodipendenze sono rilevate dal Ministero annualmente, secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 309 del 1990 (Testo Unico delle tossicodipendenze).

Nel corso del 2007 sono stati rilevati 519 Servizi pubblici per le tossicodipendenze su 551 attivi, con una copertura dei dati del 93%. Risultano essere stati presi in carico 172.303 pazienti con problemi di sostanze d'abuso, 29 pazienti ogni 10.000 residenti. La composizione per genere dei pazienti trattati dai Servizi evidenzia un rapporto M/F pari a 6,3; il 27,9% dei pazienti ha un'età superiore ai 39 anni e l'età media è pari a 33 anni.

La sostanza d'abuso per cui la richiesta di trattamento è più utilizzata è l'eroina (71,5% dei pazienti), seguono la cocaina (14,2%) e i cannabinoidi (8,6%).

Riguardo alla tipologia dei trattamenti erogati dai Servizi pubblici, il 63,9% dei pazienti è stato sottoposto a programmi farmacologici integrati, il 36,1% a trattamenti psicoterapeutici, riabilitativi e ad interventi di servizio sociale.

I decessi per intossicazione acuta avvenuti nel corso del 2007 si attestano a 589 casi (il dato non tiene conto dei casi in cui non sia intervenuta l'autorità giudiziaria e dei decessi droga correlati diversi dall'overdose), in calo rispetto ai precedenti anni (653 nel 2005). La causa del decesso è stata attribuita nella maggior parte dei casi all'eroina.

I dati rilevati e illustrati, pur essendo rappresentativi delle attività dei servizi, non consentono una valutazione esauriente dell'efficienza e dell'efficacia in termini di risultati di salute prodotti. Inoltre, mancano del tutto informazioni sugli interventi delle comunità terapeutiche.

Sulla base di ciò, il Ministero, in collaborazione con le Regioni, ha previsto

la realizzazione di un Sistema informativo nazionale sulle dipendenze (SIND), in grado di fornire informazioni sulle prestazioni e sui percorsi di cura seguiti dai pazienti all'interno delle strutture dedicate.

Al fine di potenziare la rete di prevenzione, cura e trattamento degli stati di dipendenza, assicurando il necessario raccordo con il terzo settore (mondo degli operatori, Unità di strada, Unità di prossimità, Unità a bassa soglia), è stato inoltre istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, un tavolo interistituzionale in cui sono rappresentati i dicasteri competenti, le Regioni e le Associazioni della Società Civile.

Va infine evidenziato che il Decreto Ministeriale del 1 aprile 2008 ha sancito il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni assistenziali per i detenuti tossicodipendenti. Ne consegue la necessità di potenziare gli interventi nelle carceri da parte della rete dei servizi e di programmare interventi di prevenzione nonché interventi di riduzione dei rischi droga correlati.

La Legge 125 del 2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati" ha sancito definitivamente il ruolo di Regioni e Province Autonome per la programmazione degli interventi di prevenzione e assistenza sociosanitaria, per l'individuazione delle relative strutture di intervento e per la formazione e aggiornamento degli operatori addetti. Contestualmente, con l'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, le attività sanitarie e sociosanitarie a favore delle persone alcolodipendenti sono state incluse nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Recentemente anche il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha ribadito la necessità di accrescere la disponibilità e accessibilità dei servizi alcolologici, per migliorare il contenimento dei problemi alcol correlati conclamati.

Nel corso del 2006 sono stati rilevati 455 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza, distribuiti in 20 Regioni e sono stati presi in carico 61.656 soggetti alcolodipendenti, (+ 9,6% rispetto al 2005). Il 30,3% degli utenti dei servizi alcolodipendenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,4% a counseling personale o familiare, l'8,8% è stato inserito in gruppi di auto-mutuo aiuto, il 13,0% è stato sottoposto a trattamento socio-riabilitativo, il 2,5% è stato inserito in comunità residenziale o semiresidenziale. Nell'ambito di tale rete di servizi sono state impegnate 3.895 unità di personale, di cui il 51,4% costituito da operatori sociosanitari, il 21,5% da medici, il 16,9% da psicologi ed il restante 10,2% da personale amministrativo o altra qualifica.

In coerenza con il quadro delle politiche europee volto al rafforzamento della rete dei servizi alcolodipendenti, nel marzo 2007 il Ministero ha promosso e concordato con le Regioni un Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) che prevede la costruzione, nell'ambito della rete dei servizi sociosanitari regionali, di un sistema di trattamenti basato su evidenze scientifiche e su un'adeguata valutazione dei bisogni, e che include secondo un approccio integrato e multisettoriale, il coinvolgimento di tutti i servizi sanitari e sociali interessati, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro, nonché le associazioni di auto/mutuo aiuto e del volontariato.

Cure palliative e terapia del dolore

Negli ultimi anni si è registrato in Italia uno sviluppo significativo delle cure palliative e della terapia del dolore.

Considerando il tema delle cure palliative, in conseguenza dell'utilizzo dei 206 milioni di euro stanziati nel 1999 che hanno consentito l'attivazione di 86 hospice, ai quali si aggiungono ulteriori 40 hospice costruiti con finanzia-

menti regionali o del privato no profit, e grazie allo sviluppo di molteplici iniziative a livello regionale e locale legate all'attivazione di interventi di assistenza domiciliare per cure palliative, l'approccio assistenziale basato sulle cure palliative si sta diffondendo nel Paese. Ancora non risulta però colmata la differenza tra le diverse aree del Paese in merito al numero di strutture e di reti dedicate attivate ed alla sistematicità dei relativi programmi assistenziali. Rilevante in questo settore è la presenza delle associazioni non lucrative, che ha contribuito in maniera determinante alla nascita e crescita del movimento delle cure palliative nel nostro Paese.

È da sottolineare anche la forte crescita che hanno avuto le cure palliative pediatriche per le quali si è definito a livello ministeriale un documento tecnico approvato successivamente in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

Al fine di assicurare un adeguato monitoraggio delle reti assistenziali di cure palliative, con il D.M. n.43 del 22 febbraio 2007 sono stati definiti degli standard i quali sono annualmente verificati dal Comitato per il monitoraggio dei LEA e sui quali vengono valutate le regioni sulla capacità di sviluppo in ciascuna regione.

Il controllo del dolore rappresenta uno dei principali problemi sanitari in quanto interessa tutte le età, incide sulla qualità della vita delle persone e, in particolare nella forma cronica, si stima abbia un'incidenza nella popolazione di circa il 25-30%. Nel Paese si sono sviluppate molteplici iniziative a livello regionale e locale che tuttavia stentano ad inquadrarsi in un programma organico ed integrato di contrasto del dolore.

In questo ambito si sono registrate criticità maggiormente rilevanti per la mancanza di una specifica rete assistenziale ed un consumo di farmaci oppiacei nella cura del dolore sia onco-

logico che di altra natura che si attesta su livelli inferiori a quelli attesi in base alle esperienze validate in campo internazionale.

È in fase di sperimentazione in quattro regioni un modello assistenziale strutturato in diversi livelli che prevede come prima risposta alle richieste della cittadinanza l'attività dei medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta adeguatamente formati su queste tematiche.

Stati vegetativi

Una grave e diffusa lesione del Sistema Nervoso Centrale determina gravi alterazioni dello stato di coscienza fino allo stato di coma. Gli esiti del coma possono portare a condizioni residuali diverse come ad esempio la condizione di Stato Vegetativo (SV) o lo Stato di Minima Coscienza (SMC). Le cause possono essere di varia natura: traumatica, infiammatoria acuta, vascolare-anossica, metaboliche o degenerative nell'anziano. Inoltre lo SV o lo SMC possono derivare da malattie evolutive dell'infanzia su base genetica o essere esito di malattie neoplastiche. Le cause traumatiche e anosso-ischemiche hanno tra tutte la netta prevalenza.

In tutti i paesi occidentali le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) colpiscono un numero sempre maggiore di persone con un trend in continua crescita. L'Italia si colloca ai primi posti nel mondo relativamente al peso economico di queste patologie che comportano allo stato attuale un impegno superiore al 20% della spesa sanitaria.

Lo Stato Vegetativo (SV) è una condizione funzionale del cervello, che insorge subito dopo l'evento acuto che lo ha determinato, diventando riconoscibile solo quando finisce il coma che, sovrapponendosi, lo maschera. Lo Stato Vegetativo realizza una condizione di grave disabilità neurologica, potenzialmente reversibile, che si caratterizza tra l'altro per la non evidenza della consapevolezza di sé e dell'ambiente.

Lo Stato Di Minima Coscienza (SMC) si distingue dallo Stato Vegetativo per la presenza di comportamenti associati alle attività di coscienza. Anche se possono comparire in modo inconsistente, essi sono tuttavia riproducibili e vengono mantenuti sufficientemente a lungo per essere differenziati da comportamenti riflessi.

Il trend dei ricoveri per stato vegetativo permanente è in costante crescita: si va dai 1.138 casi nel 2002 ai 1.367 nel 2003 ai 1.453 nel 2004, ai 1.644 nel 2005 (+13%), fino ai 1.836 casi nel 2006.

Le Regioni con il maggior numero di dimissioni totali per ricoveri ordinari sono risultate nell'ordine, la Lombardia (1658), il Veneto (806), l'Emilia Romagna (698), il Lazio (545), il Piemonte (523) e la Toscana (467).

Il Piano Sanitario Nazionale prevede la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici e particolarmente vulnerabili attraverso il miglioramento e la diversificazione delle strutture sanitarie al fine di perseguire il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e dei propri familiari. Il Ministero, nel destinare alle Regioni le somme vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009 ha richiesto lo sviluppo di percorsi assistenziali in Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) per soggetti in Stati Vegetativi o Stato di Minima Coscienza e percorsi di assistenza domiciliare nei casi in cui le famiglie siano in grado e desiderose di farlo, previa attivazione della rete di supporti organizzativi e logistici necessaria.

Assistenza odontoiatrica

Le prestazioni odontoiatriche in regime di SSN sono erogate nell'ambito di diverse strutture sanitarie: aziende ospedaliere (146), ambulatori ASL (367), distretti socio sanitari (224).

I riuniti odontoiatrici attualmente in uso sono 2.729 e vengono utilizzati in regime di SSN per un totale di 44.217 ore settimanali mentre, in regime libero professionale, per un totale di 2.750 ore.

La maggiore concentrazione di riuniti odontoiatrici è al Nord Italia (1356) con in testa la Lombardia dove ne sono operativi 380; nel Centro Italia i riuniti operativi sono 658, maggiormente concentrati nel Lazio (314); le strutture sanitarie presenti nel Sud Italia possono contare su 446 riuniti odontoiatrici di cui 199 presenti in Campania. Il numero di operatori sanitari che prestano attività in campo odontostomatologico, dipendenti del SSN, sono 1.343 di cui 249 a tempo determinato; 2.114 sono, invece, gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni.

Relativamente all'anno 2006 sono state erogate, in regime di SSN, 4.113.480 prestazioni odontoiatriche ambulatoriali, 100.705 in regime di day-hospital e 50.914 in regime di ricovero ordinario. Di queste prestazioni, 504.136 ambulatoriali sono state erogate ad individui di età compresa tra 0 e 14 anni, mentre 2.767.438 ad individui di età maggiore di 14 anni.

27.302 individui di età compresa tra 0 e 14 anni e 40.411 di età superiore ai 14 anni sono stati sottoposti a prestazioni in regime di day-hospital.

I pazienti sottoposti ad interventi di natura odontostomatologica in regime di ricovero ordinario sono stati, per quanto riguarda la fascia di età compresa tra 0 e 14 anni, 16.583 e per quelli di età superiore ai 14 anni, 2.576. Le prestazioni in regime di ricovero ordinario sono rese possibili grazie alla presenza di 50 sale operatorie dedicate esclusivamente alle erogazioni di prestazioni di chirurgia odontostomatologica e 135 ad uso non esclusivo

Nell'ambito dell'offerta pubblica, un ruolo importante è quello svolto

dalle strutture odontoiatriche presenti in alcune Università italiane. Si tratta di 20 servizi odontoiatrici con un totale di 767 riuniti, in aggiunta a 7 sale operatorie destinate esclusivamente all'odontostomatologia ed a 19 ad uso non esclusivo. Sempre relativamente all'anno 2006, in ambito universitario sono state erogate, in regime di SSN, 478.194 prestazioni ambulatoriali, 21.108 prestazioni in regime di day-hospital e 3.036 in ricovero ordinario. In base all'età, negli individui di età compresa tra 0 e 14 anni, l'offerta è stata di 86.161 prestazioni ambulatoriali, 5.920 prestazioni in day-hospital e 302 in regime di ricovero ordinario. In individui di età superiore ai 14 anni, invece, 384.352 sono state le prestazioni ambulatoriali, 12.679 quelle in day-hospital e 2.734 quelle in regime di ricovero ordinario.

La qualità del Servizio Sanitario Nazionale

La politica per la qualità è parte integrante della programmazione sanitaria nazionale. Il PSN 2006-2008 sottolinea la necessità della promozione della qualità, al fine di offrire al paziente la prestazione con miglior esito sulla base delle conoscenze disponibili, con il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, il minor consumo di risorse e la massima soddisfazione per il paziente.

In tale prospettiva assume un ruolo determinante la gestione del Rischio clinico e della Sicurezza dei pazienti che è stato oggetto dell'Intesa del 20 marzo 2008 tra Ministero, AGENAS e Regioni/P.A. finalizzata alla realizzazione di interventi comuni tra cui spicca l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale degli eventi sentinella presso la Direzione generale della Programmazione sanitaria che ha lo scopo di raccogliere informazioni riguardanti eventi di particolare gravità indispensabili per conoscerne i fattori con-

tribuenti e causali all'accadimento. Al riguardo, nell'ambito delle infezioni associate all'assistenza sanitaria il numero di casi registrati di infezioni correlate all'assistenza sanitaria appare in linea con il trend registrato negli altri Paesi europei, con un'incidenza media tra il 4,5% e il 7% dei ricoveri con una mortalità dell'1%, a fronte dell'incidenza del 3,6% in Germania e del 13% in Svizzera.

Una strategia che abbia il fine di accresce la qualità del SSN non può non considerare la necessità di coinvolgere tutti i possibili portatori di interesse (pazienti ed i loro familiari, operatori delle associazioni di volontariato, cittadini). A tal fine, appare cruciale il ruolo dell'informazione, che deve essere utilizzata come strumento per il coinvolgimento, soprattutto per la scelta consapevole di servizi e cure, ma anche per la collaborazione dell'utente in tutte le fasi del processo assistenziale (si pensi ad un uso razionale ed appropriato dei farmaci). Nel corso del 2008, sono state elaborate dal Ministero sei guide, disponibili sul sito web, la cui finalità è fornire a tutti gli stakeholder del sistema indicazioni precise, provenienti dalla letteratura e dalle esperienze nazionali ed internazionali, sotto forma di fogli informativi orientati a segnalare accorgimenti per la sicurezza dei pazienti.

Il tema dell'accreditamento va ricondotto alle esigenze del particolare momento che caratterizza la programmazione sanitaria nazionale, che richiede di porre una particolare enfasi sull'aspetto della garanzia della qualità, in particolare ai fini della tematica sempre più rilevante della sicurezza delle cure. Nel corso degli anni, il significato di accreditamento si è andato evolvendo: da una fase in cui l'accreditamento, come previsto dal D.Lgs. 502/92, era funzionale soprattutto al processo di aziendalizzazione, successivamente, attraverso modifiche normative e, in particolare, con il PSN 1994-1996, è stato considerato funzionale ai

processi di miglioramento della qualità e della "parificazione/equiparazione" tra erogatori pubblici e privati. In seguito, con il D.Lgs. 229/99, art. 8 quater, l'accreditamento doveva diventare elemento fondamentale per il rilancio dei processi di programmazione sanitaria, affiancando agli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi, gli aspetti di carattere valutativo in termini di processi ed esiti.

Questo approccio integrato consentirà alle Regioni di utilizzare l'accreditamento istituzionale, non più con modalità transitorie ma in forma realmente definitiva, come potente strumento di programmazione, mentre il livello nazionale potrà privilegiare la definizione di profili qualitativi di riferimento, necessari per la valutazione della sicurezza, dell'efficacia e del fabbisogno finanziario, anche attraverso la valorizzazione delle appropriate forme di accreditamento volontario e di eccellenza. Il rinnovato ambito dell'accreditamento potrà consentire di rispondere adeguatamente alle dinamiche di integrazione europea, nel contesto della attuale discussione per definire la proposta di Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea "*on the application of patients' rights in cross-border healthcare*".

Nell'ambito delle politiche atte a garantire elevati livelli qualitativi del SSN la Farmacovigilanza costituisce il processo di monitoraggio continuo della sicurezza delle specialità medicinali in commercio. Gli obiettivi principali sono l'identificazione di qualsiasi potenziale segnale di allarme relativo ai medicinali e la prevenzione delle reazioni avverse ai farmaci, resi possibili attraverso la valutazione delle informazioni provenienti da numerose fonti (segnalazioni spontanee, studi clinici, letteratura scientifica, rapporti periodici di sicurezza delle aziende, sistemi di farmacovigilanza di altri paesi, centri antiveneno, etc.).

In Italia le segnalazioni spontanee

sono raccolte e gestite in modo informatizzato attraverso la Rete Nazionale di Farmacovigilanza, attiva dal 2001, che collega tra loro l'AIFA, le strutture sanitarie, le Regioni e le aziende farmaceutiche.

Per le attività di farmacovigilanza attiva la legge finanziaria del 2007 ha previsto la costituzione presso l'AIFA di un fondo pari a 25 milioni di euro.

Sul piano internazionale è stato garantito il contributo alle attività dell'Agenzia Europea dei medicinali (EMA) nonché il raccordo con l'OMS nelle attività di monitoraggio.

Negli ultimi anni la farmacovigilanza ha fatto numerosi ed importanti passi avanti, tuttavia vanno ulteriormente potenziate alcune aree, come la raccolta delle segnalazioni da pazienti, la gestione delle segnalazioni di sospette reazioni avverse da erbe medicinali, la sorveglianza post-marketing degli eventi avversi a vaccino. Devono essere, inoltre, sviluppati il coinvolgimento dei centri regionali in ambito regolatorio, la politica di trasparenza dei dati e il settore delle ispezioni di farmacovigilanza nonché previsti interventi specifici per assicurare un'adeguata formazione universitaria.

Le risorse finanziarie, umane e tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale

Risorse Finanziarie

I dati disponibili sulla spesa del SSN nel 2008, relativi al quarto trimestre, indicano un livello di spesa che si attesta sui 106,650 miliardi di euro. L'analogo dato per l'anno 2007 era di 102,724 miliardi di euro, successivamente consolidato in 103,610, indicando un incremento annuo del 2,9%, inferiore a quello registrato nel 2007 (4%), ma superiore all'incremento annuo del PIL (1,8%). La quota del PIL assorbita dal SSN nel 2008, pari al 6,78%, risulta lievemente superiore a quella del 2007 (6,71%).

Una dinamica simile si osserva anche dal lato del finanziamento del SSN, che nel 2008 rappresenta il 6,58% del PIL, rispetto al 6,51% del 2007. Il 2008 fa ancora rilevare un disavanzo di circa 3,2 miliardi di euro nell'ambito del SSN che ne prosegue il trend di tendenziale riassorbimento già avviato negli anni precedenti (era pari a 3,6 miliardi di euro nel 2007).

Portando l'analisi dal livello nazionale al livello regionale si osserva come, sia nel 2008 sia nel 2007, i disavanzi sanitari continuano a rappresentare un fenomeno prevalentemente localizzato nel centro sud del Paese. La graduatoria in ordine di importanza relativa del fenomeno, misurata in termini di valore pro capite del disavanzo, vede il Lazio stabile al primo posto (con 297 euro), seguito dal Molise (228 euro) e, a maggior distanza dalla Campania (86 euro).

Risorse umane e formazione continua in medicina

Nel 2007 il personale operante nelle aziende sanitarie locali e nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate ammonta complessivamente a livello nazionale a 815.796 unità.

Di queste sono 564.026 le unità che lavorano nel ruolo sanitario, 149.637 le unità appartenenti al ruolo tecnico, 93.027 nel ruolo amministrativo e 2.194 nel ruolo professionale.

Il personale che opera nelle strutture ospedaliere pubbliche è pari a 571.520, con un rapporto fra infermieri e medici, pari a 2,4 infermieri per ogni medico.

Con l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano del 1° agosto 2007, è stato approvato il riordino del Sistema di formazione continua in medicina e la proroga del programma sperimentale di Educazione Continua in Medicina (ECM) avviato con l'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001, disponendo inoltre il trasferimento all'Agenzia nazionale per i servizi

sanitari regionali, della gestione amministrativa del programma di ECM e dei compiti di supporto alla Commissione Nazionale ECM. Il Ministero svolge un ruolo di sostegno e di produzione formativa, attraverso tutte le iniziative che provengono dal Piano Sanitario Nazionale e dagli obiettivi strategici di salute ed attraverso l'indicazione degli obiettivi formativi nazionali, che rappresentano in percentuale il 20% dei crediti formativi che ogni operatore è tenuto ad acquisire ogni anno.

Risorse tecnologiche

Il Sistema Informativo Sanitario prevede la rilevazione annuale delle apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture ospedaliere e nelle strutture sanitarie territoriali, pubbliche e private. Dall'anno 2007 vengono censite anche alcune tipologie di apparecchiature che, nell'ultimo decennio, hanno assunto particolare rilevanza, come la PET e il sistema CT/PET integrato, il sistema TAC/Gamma Camera integrato, il sistema per angiografia digitale e il mammografo. Nel periodo considerato, la disponibilità delle apparecchiature risulta in aumento soprattutto per quanto riguarda la TAC e la Risonanza magnetica, infatti si passa da 25,3 TAC ogni milione di abitanti nel 2004 a 29,4 TAC nel 2007 e da 13,5 Risonanze magnetiche ogni milione di abitanti nel 2004 a 18,1 nel 2007. Per quanto concerne le nuove apparecchiature, le PET e sistema CT/PET integrato risultano in totale pari a 100, con una disponibilità di 1,7 apparecchiature per 1.000.000 di abitanti; i mammografi censiti risultano invece pari a circa 163 ogni milione di donne di età compresa fra 45 e 69 anni. La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche risulta in aumento soprattutto nel settore pubblico mostrando una disponibilità fortemente variabile a livello regionale.

Il Decreto Ministeriale 20 febbraio 2007 ha istituito la nuova banca dati dei dispositivi medici. Si tratta di un provvedimento di ampia portata la cui applicazione agevola l'attività di sorveglianza del mercato e di vigilanza sui dispositivi medici (consentendo una migliore rintracciabilità attraverso l'attribuzione di un numero di Repertorio ai dispositivi), e introduce, a partire dal 1° maggio 2009, quale requisito indispensabile per le procedure di acquisto da parte del SSN, l'utilizzo dei soli dispositivi medici registrati nel Repertorio.

Nuovo Sistema Informativo Sanitario

La crescente necessità di disporre di strumenti, attraverso i quali governare il SSN ai diversi livelli istituzionali, al fine di bilanciare i costi del sistema con la qualità dei servizi erogati, ha reso inderogabile la definizione coordinata, tra il Ministero e le Regioni, di un piano strategico condiviso per la realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Il Modello Concettuale del NSIS ha definito le relative linee generali e le modalità di sviluppo, in un'ottica di lungo periodo, senza perdere di vista il raggiungimento di risultati anche nel breve e medio periodo. I principi ispiratori del Modello Concettuale del NSIS sono i seguenti:

- supporto al processo di regionalizzazione, coerentemente con la necessità di garantire il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul territorio nazionale;
- integrazione tra gli attori del Servizio Sanitario Nazionale e conseguente piena condivisione delle informazioni gestite a tutti i livelli istituzionali;
- cooperazione ed integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali e locali;

- orientamento al cittadino - utente attraverso un Sistema Integrato di Informazioni Sanitarie Individuali.

Gli obiettivi strategici complessivamente finalizzati al monitoraggio del bilanciamento tra costi e qualità del servizio sanitario si basano su due assi fondamentali: da un lato, la disponibilità di un Sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza, finalizzato a soddisfare la necessità di una conoscenza approfondita e tempestiva dell'offerta delle strutture sanitarie a livello nazionale; dall'altro, la disponibilità di un Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali, finalizzato a raccogliere, su base individuale, le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini.

Il Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali risponde in particolare alla finalità di raccogliere progressivamente la pluralità di informazioni correlate agli eventi che caratterizzano i contatti del singolo individuo con i diversi nodi della rete di offerta del SSN e ad implementare, progressivamente nel tempo, il Fascicolo Sanitario Elettronico, nel pieno rispetto delle normative vigenti in materia di privacy e dei regolamenti in essere per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ad oggi, il Ministero gestisce un patrimonio informativo che rappresenta una fonte di informazioni di grande rilevanza a livello nazionale e che, negli ultimi anni, sta seguendo un percorso di profonda valorizzazione e potenziamento. L'accresciuta disponibilità di informazioni è, infatti, finalizzata a consentire una sempre maggiore capacità di analisi per le finalità di monitoraggio dei LEA, di valutazione dell'appropriatezza e, più in generale, di valutazione, controllo e programmazione dell'assistenza sanitaria. La continua attivazione di nuovi contenuti informativi, nell'ambito del Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali, contribuisce a rafforzare la capacità che tale patrimo-

nio informativo ha di supportare l'interpretazione dei fenomeni sanitari a beneficio di tutti gli stakeholder.

Monitoraggio delle sperimentazioni cliniche e dell'impiego dei medicinali

L'Agenzia Italiana del Farmaco monitora tutte le sperimentazioni cliniche condotte in Italia e tutti i farmaci prescritti a carico del SSN. Tali attività sono realizzate mediante l'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei medicinali (OsSC) che ad oggi raccoglie più di 5.000 ricerche cliniche e l'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed).

Dall'OsMed emerge che le farmacie pubbliche e private nel corso dell'anno hanno dispensato complessivamente circa 1,7 miliardi di confezioni (corrispondenti a 29 confezioni di farmaco per abitante). Circa il 60% dei consumi dei farmaci si concentra nella popolazione con più di 65 anni di età e l'80% nella popolazione con più di 55 anni (Figura 3).

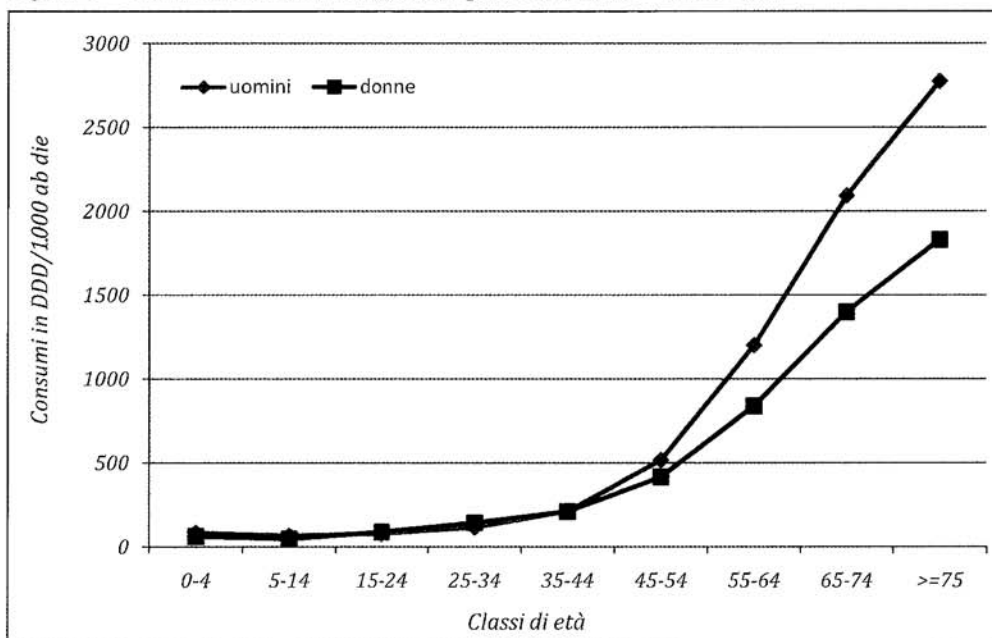
I farmaci del sistema cardiovascolare sono i farmaci maggiormente utilizzati, (32,7% circa di tutti i consumi) con una copertura del SSN del 94%.

Le altre categorie a maggior consumo sono costituite dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (13,9%) che comprende anche i farmaci contro il diabete; i farmaci del Sistema Nervoso Centrale (10,0%) ed i farmaci ematologici (9,8%); i farmaci antimicrobici sono tra gli ultimi posti in consumo percentuale tuttavia l'Italia è il terzo paese europeo con il consumo più elevato di antibiotici.

A livello territoriale, l'utilizzo dei farmaci è soggetto ad importanti variazioni regionali, caratterizzate da un maggior consumo (e livello di spesa) nelle Regioni del Centro-Sud rispetto alle regioni del Centro-Nord.

Il SSN eroga tutti i farmaci per le patologie importanti ed anche per il

Figura 3 – Consumo dei farmaci in Italia per classi di età – Anno 2007



Fonte: OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2007.
http://www.agenziafarmaco.it/allegati/rapporto_osmed_2007.pdf

trattamento dei fattori di rischio (Farmaci di classe A).

Un'analisi effettuata dalla Commissione Europea nell'ambito del Pharmaceutical Forum ha evidenziato come l'Italia, assieme all'Olanda, sia il paese comunitario con la più bassa percentuale di spesa a carico dei cittadini per i farmaci erogati dal SSN.

In conclusione il SSN è finora riuscito a garantire una buona copertura ed un equo accesso all'assistenza farmaceutica.

Sistema di valutazione dell'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale e affiancamento delle Regioni in Piano di Rientro

Con l'articolo 1, comma 288, della legge n.266/2005, è stata prevista la realizzazione, presso l'attuale Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, del Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS). Il SiVeAS ha l'obiettivo di provvedere alla verifica

che, nell'erogazione dei servizi sanitari, vengano rispettati sia i criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, sia i criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati.

Al fine di raggiungere tale obiettivo, sono state attivate nove linee di attività, riconducibili alle seguenti due macroaree, tra di loro interdipendenti e integrate:

- area delle garanzie del raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale;
- area dell'affiancamento alle Regioni che hanno stipulato l'accordo di cui all'art. 1, comma 180 della legge n. 311/2004, comprensivo di Piano di rientro dai disavanzi.

Tra le linee di attività, spicca quella relativa al monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, che soddisfa l'esigenza di compiere una misurazione quantitativa dell'assistenza sanitaria fornita dagli erogatori, in termini di qualità, appropriatezza e costo,

attraverso la definizione e l'utilizzo di una serie di appositi strumenti e metodologie.

Il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza è considerato un elemento centrale della garanzia dell'uniforme erogazione sul territorio dell'assistenza sanitaria prestata; tuttavia, l'obiettivo futuro di tale linea di attività prevede di superare l'attuale concezione di verifica dell'entità delle prestazioni erogate nei confronti dei cittadini, per favorire la diffusione di valutazioni dell'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, verifiche sulla qualità dell'assistenza, approfondimenti sull'appropriatezza e accessibilità dei cittadini ai servizi, attraverso l'implementazione di sistemi di indicatori maggiormente mirati.

Con riferimento all'area dell'affiancamento, le attività condotte dall'attuale Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali unitamente al Ministero dell'Economia e delle Finanze interessano le Regioni che hanno sottoscritto l'accordo per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sardegna e Sicilia. Per alcune di esse si è reso necessario procedere alla nomina di un Commissario per la realizzazione del Piano.

Il Consiglio dei Ministri con propria deliberazione ha proceduto alla nomina del Commissario *ad acta* per il successivo periodo di vigenza del Piano di rientro per quelle Regioni in cui era stata attivata una procedura di diffida e messa in mora a seguito delle gravi inadempienze riscontrate nella gestione del Piano di Rientro.

Per la Regione Lazio il Commissariamento è stato attivato in data 11 luglio 2008, per la Regione Abruzzo, in data 23 settembre 2008 per le Regioni Campania e Molise in data 28 luglio 2009.

Le attività di affiancamento realizzate dai due Ministeri in concerto tecnico si realizzano attraverso 3 fasi:

■ *Monitoraggio formale dei Piani*, che ha l'obiettivo di verificare se, a fronte degli impegni presi nel piano, la Regione abbia o meno deliberato gli atti previsti nei tempi pianificati, e si realizza attraverso le attività di:

- preventiva approvazione dei provvedimenti regionali, che consiste nell'esame istruttorio e valutazione congiunta (di concerto tra i due Ministeri competenti) dei provvedimenti relativi all'attuazione dei Piani di Rientro, inviati dalle Regioni;
- verifica degli obiettivi intermedi, che consiste nella verifica periodica del raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro;

■ *Monitoraggio sostanziale dei piani*, che ha l'obiettivo invece di verificare se, a fronte degli atti deliberati dalle Regioni, siano stati attuati gli interventi previsti nelle modalità e nei tempi pianificati (monitoraggio di attuazione), nonché di valutare come il SSR stia evolvendo per effetto degli interventi previsti dal Piano di rientro e degli altri fattori che ne determinano la dinamica (monitoraggio di sistema);

■ *Coordinamento dei Nuclei di affiancamento regionali*, che consiste nel coordinamento di gruppi regionali con funzione consultiva che supportano le Regioni nella definizione degli interventi previsti nel Piano.

Le attività di affiancamento alle Regioni in Piano di Rientro sopra descritte, consentono di soddisfare:

- sia l'esigenza del livello centrale, di verificare l'effettivo stato di avanzamento del perseguimento degli obiettivi previsti nei Piani di Rientro;
- sia l'esigenza del livello regionale, di verificare se e come le azioni intraprese stiano indirizzando il Sistema Sanitario Regionale verso gli obiettivi fissati e quali siano gli ambiti di intervento sui quali intervenire.