

**Tempi di attesa e appropriatezza**

Nel nostro Paese l'abbattimento dei tempi di attesa è considerata una priorità dell'assistenza sanitaria, in quanto strumento di promozione del principio di appropriatezza clinica ed organizzativa e quindi di promozione del Governo Clinico. Con l'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, è stato adottato il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) per il triennio 2006-2008, che prevede l'obbligo per le Regioni di dotarsi di un Piano regionale per il contenimento delle liste di attesa, come uno strumento programmatico unico ed integrato. Tutte le Regioni e Province autonome hanno ottemperato, individuando le prestazioni oggetto di monitoraggio e i criteri generali di accesso alle prestazioni secondo classi di priorità clinica e definendo delle aree prioritarie di intervento: area oncologica, area cardiovascolare, area materno-infantile, area geriatrica, visite specialistiche di maggior impatto, altre prestazioni. In merito alla disponibilità per il cittadino delle informazioni sui tempi di attesa, il monitoraggio dei siti web delle Regioni e Aziende ha evidenziato che solo il 22% dei siti esplorati espone dati sui tempi di attesa con una sostanziale continuità.

**Tempi di attesa in oncologia**

Per il contenimento dei tempi di attesa in oncologia presso il Ministero è stato istituito un apposito gruppo di Lavoro che ha esplicitato le classi di priorità diagnostiche e terapeutiche, i criteri di appropriatezza dei trattamenti, i modelli organizzativi e il sistema di monitoraggio e controllo. Le classi di priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni diagnostiche, con l'esclusione delle emergenze sia chirurgiche che mediche, le quali rivestono priorità temporale assoluta, sono quattro:

- Priorità diagnostiche urgenti (entro 3 giorni): rientrano in questa classe i pazienti con patologia oncologica

in rapida evoluzione/sintomatica o con complicanze gravi correlate ai trattamenti erogati;

- Priorità diagnostiche per un'adeguata programmazione terapeutica (entro 10 giorni);
- Follow-up di pazienti già trattati per patologia neoplastica;
- Screening organizzato/screening opportunistico.

Le condizioni relative ai gruppi A e B sono prioritarie mentre le condizioni C e D non sono prioritarie e le tempistiche sono quelle definite dalle linee-guida nazionali ed internazionali.

Essendo fondamentale la diagnosi cito-istologica ai fini di un'adeguata stadiazione e programmazione terapeutica, la tempistica di questi esami deve essere estremamente celere, al massimo 7 giorni.

Le classi di priorità in campo terapeutico sono le seguenti:

- Priorità terapeutica urgente (entro 3 giorni);
- Priorità terapeutica standard (entro 15 giorni);
- Priorità terapeutica bassa (entro 30 giorni);
- Approccio terapeutico palliativo (entro 60 giorni);

I gruppi A e B rappresentano le priorità terapeutiche e in tali gruppi non è consentito un ritardo superiore a 3 o 15 giorni rispettivamente dal termine del work-up diagnostico/stadiazione per attivare la procedura terapeutica ottimale. Per quanto riguarda la radioterapia è possibile individuare tre classi:

- trattamenti da iniziare entro 15 giorni;
- trattamenti da iniziare entro 30 giorni;
- trattamenti da iniziare oltre i 30 giorni

**Criteri di appropriatezza diagnostico-terapeutici in oncologia**

La definizione di criteri di appropriatezza diagnostico-terapeutica ha lo scopo di fornire raccomandazioni cliniche per la diagnosi, il trattamen-

to e il follow-up in relazione alla tipologia, sede e allo stadio di malattia ed a tutte le variabili cliniche e biologiche rilevanti per la definizione del miglior standard diagnostico e terapeutico. È infatti dimostrato che la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni mediche possono significativamente influenzare i risultati dei trattamenti nel settore dei tumori, e quindi le possibilità stesse di sopravvivenza dei pazienti. In considerazione della connotazione interdisciplinare della patologia oncologica, dove si incontrano le competenze dell'oncologia medica, delle chirurgie specialistiche e generali, delle altre specialità mediche, dell'imaging (diagnostica per immagini e medicina nucleare), della radioterapia, e dell'integrazione di anatomia patologica e biologia molecolare, la definizione di criteri di appropriatezza necessita di approfondite analisi scientifiche attraverso l'esame accurato degli studi clinici prodotti dalla letteratura internazionale ma soprattutto di fattibilità e riproducibilità. Per perseguire tale scopo il Ministero ha promosso la stesura di un apposito documento da parte di gruppi interdisciplinari di professionisti particolarmente esperti su sei patologie neoplastiche a più elevata incidenza e mortalità nonché di particolare interesse sotto il profilo dell'innovazione nelle tecniche di diagnosi e trattamento. L'obiettivo finale di tale documento è anche quello di produrre indicazioni, per ogni singola patologia, delle dotazioni strutturali, tecnologiche, di expertise ed organizzative che dovranno essere presenti in ogni singola unità ospedaliera ai fini dell'accreditamento della stessa ad eseguire diagnosi e terapia in quella determinata patologia. Il raggiungimento di tali obiettivi sarà facilitato dall'implementazione della strutturazione delle Reti Oncologiche Regionali dei servizi clinico-assistenziali e dalla individuazione dei Dipartimenti

Oncologici su base territoriale, nonché dalla istituzione della Rete Oncologica Nazionale che dovrebbe includere tutte le strutture oncologiche di eccellenza sia sotto il profilo clinico-assistenziale che scientifico. Tutto ciò permetterà di favorire un'attività assistenziale di più elevato livello e maggiormente omogenea sul territorio nazionale e garantirà un contenimento dei tempi d'attesa e dei costi attraverso una maggiore appropriatezza delle indicazioni.

#### *Appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie cardiovascolari*

Il tema dell'appropriatezza dell'assistenza alle malattie cardiovascolari, è stato oggetto di specifico approfondimento nell'ambito del gruppo di lavoro scientifico istituito presso il Ministero, allo scopo di fornire gli elementi necessari per la definizione di standard adeguati per le strutture e l'organizzazione funzionale dell'assistenza alle malattie cardiovascolari, indicando le procedure e gli indicatori considerati di maggiore importanza o irrinunciabili ai fini dell'accreditamento delle strutture.

Il modello di assistenza alle Malattie Cardiovascolari identifica nel Dipartimento Cardiovascolare la componente organizzativa garante dell'efficienza e completezza dei percorsi diagnostico-terapeutici erogabili e dell'integrazione delle varie fasi della promozione della salute cardiovascolare, con la finalità di fornire al cittadino punti di accesso al sistema adeguati al suo stato di salute o di malattia.

Il modello dipartimentale dovrebbe assicurare l'integrazione ed il coordinamento di momenti assistenziali diversi per tipologia ed intensità di cura, aggregando strutture tra loro affini e interdipendenti pur mantenendo specifici ambiti di autonomia e responsabilità.

I requisiti descritti nel documento elaborato dal gruppo di lavoro, definiscono le funzioni, le competenze professionali richieste, gli standard operativi e strumentali, i requisiti organizzativi delle diverse componenti funzionali che costituiscono la rete integrata dei servizi per l'assistenza alle Malattie Cardiovascolari: rete dell'emergenza cardiologica, rete di assistenza integrata ospedale-territorio per il cardiopatico cronico, riabilitazione e prevenzione delle malattie cardiovascolari, cardiologia riabilitativa, cardiologia in età pediatrica.

Un aspetto rilevante è rappresentato dall'integrazione Ospedale-Territorio, la cui programmazione deve essere resa effettiva in base ad alcuni punti cardine:

- l'integrazione Ospedale-Territorio nasce dall'inserimento degli ospedali in una rete funzionale che deve tener conto di quale sia l'ospedale di primario riferimento;
- le relazioni tra i differenti elementi che compongono il sistema devono essere costruite sui percorsi assistenziali e sui livelli di gravità/acuzie;
- l'integrazione delle strutture richiede l'integrazione dei professionisti (specialisti ospedalieri e ambulatoriali, professionisti delle cure primarie e operatori dei distretti) nella definizione ed attuazione delle strategie assistenziali;
- il riequilibrio delle risorse tra ospedale e territorio deve avvenire evitando di compromettere l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza ospedaliera, configurata secondo la legge 833/1978, e senza correre il rischio che vengano a crearsi pericolosi vuoti assistenziali.

### Sanità in rete

L'evoluzione socio-demografica della popolazione, la necessità di bilanciare risorse disponibili e qualità dell'assi-

stenza sanitaria prestata, sono di stimolo alla definizione di nuove modalità di erogazione dei servizi sanitari. La realizzazione della sanità in rete assume una notevole importanza, soprattutto, in un quadro in profondo mutamento ed evoluzione del SSN caratterizzato da una quota di popolazione anziana sempre più preponderante e un'assistenza necessariamente più centrata sui servizi territoriali per far fronte a patologie croniche. In tale contesto, l'applicazione delle nuove tecnologie rappresenta una valida opportunità per definire un migliore bilanciamento, tra l'esigenza di maggiore qualità delle prestazioni e un oculato impiego delle risorse disponibili.

Le iniziative di sanità in rete in corso a livello nazionale si collocano nel contesto della cornice strategica definita dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario e sono coerenti con il Piano di Sanità Elettronica. I progetti attuali sono riconducibili principalmente ai seguenti ambiti di intervento:

- identificazione del cittadino;
- innovazione nelle cure primarie: connessione in rete dei medici del SSN, digitalizzazione e trasmissione elettronica delle prescrizioni e dei certificati di malattia;
- disponibilità della storia clinica del paziente: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per l'archiviazione e l'accesso alle informazioni sanitarie individuali;
- accesso ai servizi sanitari: sistema articolato a rete di Centri Unici di Prenotazione (CUP) che consentano ai cittadini di prenotare le prestazioni SSN su tutto il territorio nazionale;
- il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza mediante la telemedicina.

Ad oggi, lo sviluppo della sanità in rete in Italia sta procedendo con apprezzabile dinamismo, con iniziative progettuali rilevanti in corso su tutto il territorio nazionale. Tuttavia la situazione riscontrata risulta fortemente dif-

ferenziata, non solo in termini di maturità dei sistemi informativi regionali, ma anche in riferimento alle soluzioni applicative adottate, ai modelli architettonici, agli standard semantici, alle modalità di utilizzo dei sistemi stessi. Questo è conseguenza delle diverse modalità di utilizzo dell'innovazione tecnologica nei contesti regionali, con differenti modelli organizzativi implementati nei SSR, oltre che frutto di una differenziata capacità di investimento.

È pertanto opportuno che gli sforzi progettuali, attuali e futuri, abbiano quali denominatori comuni, da un lato, la dematerializzazione dei documenti sanitari a beneficio dei sottostanti processi gestionali e organizzativi, dall'altro, l'armonizzazione delle soluzioni di sanità in rete, allo scopo di garantire omogeneità nella generazione dei Livelli Essenziali di Informazioni (LEI). A tal fine, è fondamentale anche agevolare la condivisione delle iniziative intraprese sul territorio nazionale e la messa a sistema delle migliori pratiche. Ambiti prioritari di applicazione dei suddetti denominatori comuni sono in particolare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), i Centri Unici di Prenotazione (CUP) e la telemedicina.

Affinché la sanità in rete concorra effettivamente a migliorare l'assistenza sanitaria, si pone l'esigenza di far sì che le risorse disponibili siano impiegate in investimenti coerenti con le reali necessità del SSN. Perché ciò sia possibile, è necessaria un'azione di coordinamento volta a definire indirizzi condivisi dal livello centrale e regionale, finalizzati ad orientare coerentemente gli sforzi progettuali nell'ambito di una cornice unitaria di natura politico-strategica.

### **Gli investimenti in tecnologie ed edilizia sanitaria**

Le politiche di programmazione degli investimenti pubblici dedicati al

patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale, a 20 anni di distanza dall'art. 20 delle legge 67/88, hanno seguito l'andamento delle politiche generali di riqualificazione dell'offerta assistenziale che oltre agli iniziali obiettivi individuati dal legislatore (l'ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico e realizzazione di residenze assistenziali) hanno, soprattutto negli ultimi anni, considerato anche le nuove esigenze organizzative legate all'adeguamento alle norme di sicurezza degli edifici e degli impianti, al riequilibrio tra ospedale e territorio, e alla realizzazione degli spazi per l'esercizio della libera professione intramoenia.

Alla data del 31 dicembre 2008 risultano sottoscritti n. 47 tra Accordi di Programma e Accordi integrativi dal Ministero e dalle Regioni e Province Autonome, di cui n. 6 sono Accordi di Programma Quadro all'interno di Intese istituzionali di programma e n. 41 sono Accordi di Programma. È risultato appaltabile circa il 79,5% delle risorse impegnate in Accordi sottoscritti. Persistono comunque forti differenziazioni nei tempi di sottoscrizione e di attuazione degli accordi, a motivo delle diverse complessità regionali. La diversa evoluzione nella utilizzazione delle risorse dipende, oltre che dall'esperienza maturata nei diversi contesti regionali, anche dalla solidità programmatoria, assicurata dalla presenza di un piano regionale di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera e/o più in generale del sistema di servizi sanitari del territorio, condizioni che hanno consentito una rapida ed efficace attuazione.

In generale è maturata una crescente condivisione tra le Regioni e il Ministero di una "cultura della programmazione", che abbia una visione sistemica e prospettica del patrimonio sanitario pubblico e che si lasci alle spalle quelle logiche di investimento, che hanno caratterizzato la prima fase del programma di investimenti, che

hanno portato ad interventi mirati e dettati da esigenze locali.

Alla luce di ciò, per l'attuazione della seconda fase del programma è stato scelto l'Accordo di programma, quale strumento di programmazione negoziata. In tale situazione ha assunto un ruolo determinante il Documento Programmatico attraverso cui ciascuna realtà regionale illustra e definisce le strategie e gli obiettivi (generali e specifici) degli investimenti previsti nell'Accordo stesso.

Per agevolare la predisposizione di questi documenti è stata elaborata una metodologia per la valutazione ex ante (MexA) che fornisce un supporto metodologico alle Regioni per la formulazione dei Documenti Programmatici per la sottoscrizione degli Accordi di programma e si pone quale strumento per la valutazione ex ante dei Documenti Programmatici da parte del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici.

### **Fondi strutturali europei 2000-2006 e Quadro Strategico Nazionale 2007-2013**

La programmazione degli interventi strutturali di tutte le Amministrazioni italiane (sia centrali che Regionali) per il periodo 2007-2013 si baserà sulle politiche di coesione che rappresentano per il settore salute una grande opportunità in quanto sono risorse essenziali per attivare ed innescare, ad integrazione delle risorse ordinarie, processi di crescita, di sviluppo e di coesione soprattutto per le Regioni del Mezzogiorno, che scontano enormi ritardi e difficoltà rispetto alle altre Regioni del Paese.

Sulla base del contributo fornito dalle diverse Amministrazioni centrali e dalle Regioni e sulla base di un importante confronto tra le Amministrazioni e le parti economiche e sociali si è arrivati alla formulazione del Quadro Strategico Nazionale

(QSN) ossia il documento di programmazione con cui l'Italia persegue gli obiettivi previsti dalla politica di coesione comunitaria 2007-2013.

Con riferimento specifico al settore salute, un riferimento importante è contenuto all'interno della parte relativa ai "Servizi essenziali e obiettivi misurabili" in cui il tema legato all'assistenza sanitaria erogata presso il domicilio del paziente è stata inserita tra gli obiettivi di servizio.

Il raggiungimento di standard adeguati nell'ambito dei servizi di cura per la popolazione anziana rappresenta uno dei parametri con cui sarà giudicata anche l'efficacia delle politiche di coesione, trattandosi di un servizio essenziale per la qualità della vita che contribuisce a connotare un'area come più o meno sviluppata.

### **La ricerca sanitaria: realtà e prospettive**

La strategia del Ministero per quanto riguarda la ricerca ha avuto quale obiettivo primario quello di favorire la costituzione di reti di eccellenza nell'ambito del SSN, promuovendo la collaborazione tra Istituti appartenenti alla propria rete istituzionale, Regioni, IRCCS, ISS, IZS, ISPELS con le Università e gli altri Istituti pubblici e privati di ricerca. Negli anni 2007 e 2008 il Ministero ha promosso le reti strutturali, affidando ad esse progetti coordinati con le diverse istituzioni (ISS, IRCCS, IZS, ISPELS, Regioni, Università) anche al fine di facilitare l'accesso ai fondi europei del VI e VII Programma Quadro, ai fondi del PNR 2006-2008 e ai fondi per i progetti di ricerca industriale ex Legge 297/99. Il Ministero ha finanziato progetti per sperimentare modelli di cura per le malattie rare, per quelle a maggior impatto sociale (oncologia, cardiologia, diabetologia, terapia del dolore) e progetti per i soggetti più fragili come gli anziani, anche coinvolgendo le organizzazioni del volontariato.

Al fine di favorire un potenziamento della ricerca sanitaria nel SSN, è necessario prevedere l'integrazione delle risorse, come già attuato attraverso le due grandi reti collaborative Alleanza Contro il Cancro e la rete delle neuroscienze, dare certezza sulla trasparenza e sulla serietà delle scelte effettuate e nella allocazione delle risorse, coordinare gli investimenti in tecnologia al fine di evitare sprechi e duplicazioni, valutare il risultato pratico degli investimenti in ricerca al fine di determinarne la bontà sia in termini di aumento della conoscenza che di applicazioni pratiche nonché l'impatto delle risorse investite nella riorganizzazione delle procedure diagnostiche terapeutiche e nel miglioramento delle cure. Non ultimo è opportuno favorire l'internazionalizzazione anche attraverso la ricerca di sinergie nelle piattaforme tecnologiche previste dall'Unione Europea.

### Scenario Internazionale

Nell'ambito del territorio dell'Unione Europea la mobilità sanitaria rientra nel più ampio complesso di norme attinenti alla libera circolazione dei cittadini. Conseguentemente ogni anno l'Italia matura crediti e debiti nei confronti degli altri paesi europei per i quali vige l'impianto normativo previsto dai Regolamenti comunitari 1408/71 e 574/72.

Con riferimento al biennio 2007-2008, sono stati effettuati rimborsi per prestazioni sanitarie fornite ad assistiti italiani per € 93.943.894,62 e, viceversa, sono stati incassati € 39.750.509,74 per prestazioni sanitarie fornite dall'Italia a cittadini dell'U.E. (anno 2007); nel 2008 sono stati pagati € 138.351.386,38 mentre sono stati incassati € 66.029.582,53.

Con riferimento ai paesi extraeuropei e al delicato problema dell'immigrazione clandestina, si noti come l'immigrato irregolare che ricorre alle strutture del SSN ha la possibilità di

conservare l'anonimato pur in presenza del tesserino STP (Straniero temporaneamente presente): tale condizione offre indubbiamente maggiore facilità di accesso ai servizi sanitari rispetto agli altri Paesi, senza tuttavia una garanzia di continuità assistenziale.

Da segnalare che nell'anno 2007 ha avuto inizio, ed è proseguito nell'anno 2008, l'intervento dell'Italia nell'ambito dell'European Action Plan for Benghazi per la cura di patologie legate al virus HIV. Il ruolo dell'Italia è risultato tra i più consistenti dei Paesi partecipanti al Piano d'Azione, sia dal punto di vista finanziario che di numero di casi presi in carico.

### Etica del trattamento: il contributo del Consiglio Superiore di Sanità

Negli 2007-2008 è stato particolarmente intenso il lavoro svolto dal Consiglio Superiore di Sanità, l'organo di consulenza tecnico-scientifica del Ministro, il quale si è espresso, come del resto è previsto nella sua missione istituzionale, su numerose materie e settori attinenti alla Salute del Paese.

Il Consiglio, infatti, è intervenuto su temi attinenti la programmazione sanitaria, le professioni sanitarie anche con riferimento alla formazione del personale, sulle aziende ospedaliere e gli altri presidi pubblici e privati, sull'igiene e sulla sicurezza del lavoro; inoltre si è espresso su materie quali la profilassi delle malattie infettive, la sicurezza alimentare, la tutela della salute e il benessere degli animali, sui farmaci ad uso umano e prodotti chimici usati in medicina, sui presidi medico-chirurgici e su ogni tema in merito al quale il Ministro abbia inteso acquisirne il parere.

L'attività del Consiglio si è concretizzata in oltre 400 pareri, alcuni dei quali hanno avuto per oggetto temi e vicende particolarmente complesse che hanno suscitato un acceso dibattito tra il pubblico (si pensi, ad esempio, alla vicenda di Piergiorgio Welby).

## **Problematiche emergenti e prospettive**

### **Il punto di vista del Libro Bianco “La vita buona nella società attiva”**

Gli elementi cardine del nuovo modello sociale, proposto dal Libro Bianco “La vita buona nella società attiva” sono rinvenibili sia nella cura della salute, sia nel benessere della società, da perseguire attraverso comportamenti e stili di vita responsabili e, soprattutto, coerenti con un’economia di mercato caratterizzata da un lato dall’esigenza di una migliore coesione sociale e maggiore attenzione ai bisogni delle persone, e dall’altro da una sostenibilità del sistema sanitario e socio-assistenziale, sempre più difficilmente perseguibile. Difatti, le proiezioni indicano una spesa sanitaria nazionale più che raddoppiata nel 2050, in assenza di politiche correttive e di riequilibrio.

Il nuovo modello proposto privilegia un approccio multidisciplinare di servizi rivolti alla persona, nella sua integralità, attraverso un’offerta che sia personalizzata e differenziata, rispetto al formarsi dei bisogni, e che sappia stimolare comportamenti e stili di vita responsabili.

La salute pertanto identifica più la promozione del benessere e lo sviluppo delle capacità personali, secondo le differenti condizioni di ciascuno, prima ancora che cura della malattia. In tale quadro, l’attore pubblico è chiamato a determinare le linee guida degli interventi e ad assicurare il controllo sulla qualità, con particolare attenzione al territorio, dimensione principe per l’attuazione coerente del modello proposto, in quanto ambito più idoneo a realizzare risposte integrate e quanto più preventive ai bisogni attuali e potenziali della persona.

Il Libro Bianco pone anche la necessità di un ripensamento dei LEA, affinché divengano strumento in grado di conciliare la sostenibilità del sistema, i

diritti del cittadino, l’accesso ai servizi, l’appropriatezza e sicurezza delle cure, e trovino altresì una dimensione quantitativa oltre che qualitativa, correlata alle migliori pratiche diagnostiche e terapeutiche, alla medicina basata sull’evidenza, a processi di *benchmarking*, almeno interregionali, sui costi delle principali funzioni assistenziali.

### **Appropriatezza e programmazione ospedaliera**

La rimodulazione dell’offerta ospedaliera, che ha come obiettivo la contrazione del numero di posti letto per abitanti, ha bisogno di politiche che favoriscano modelli assistenziali virtuosi che spostino in regimi diversi da quelli del ricovero la diagnosi, cura e riabilitazione di specifiche patologie attraverso l’attivazione di processi di continuità assistenziale che colleghino fortemente l’assistenza ospedaliera a quella territoriale.

In tale ambito, risulta strategico intervenire sull’appropriatezza clinica ed organizzativa nell’erogazione delle prestazioni ospedaliere, anche ai fini della remunerazione dei relativi DRG (riportati negli allegati al vigente DPCM sui LEA), così come è cruciale la revisione degli standard attualmente definiti normativamente e corrispondenti a 4,5 posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione di 180 per mille, compreso il day hospital.

Relativamente al dimensionamento delle reti ospedaliere e al processo di riduzione del numero dei posti letto, l’obiettivo da porsi è quello di ridurre verso i 3 posti letto ordinari per acuti ogni mille abitanti il parametro di riferimento nazionale, cui aggiungere 0,7-1 posti letto per mille abitanti riferiti alle attività di riabilitazione, post acuzie e neonati sani. È necessario, comunque, che su tutto il territorio

nazionale si adottino modelli assistenziali che permettano la riduzione dei ricoveri ordinario per acuti.

### **Valutazione dei costi standard dei livelli essenziali di assistenza**

Un'adeguata definizione dei costi standard presuppone che nelle singole Regioni siano stati implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica e colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali. Nonostante il sistema di contabilità del SSN sia notevolmente evoluto e standardizzato rispetto ad altri settori della Pubblica Amministrazione parimenti caratterizzati da un forte decentramento, tali carenze, in molte realtà regionali, ancora oggi sono rilevanti e determinano, in alcune realtà, disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili, inficiando così la determinazione e l'applicazione del costo standard. I servizi sanitari vengono prodotti (o garantiti) in base a caratteristiche e modalità che spesso sono peculiari delle singole regioni.

La variabilità nei costi dei servizi sanitari tra le varie realtà regionali non dipende solo dall'efficienza allocativa e realizzativa, ma anche da fattori diversi quali la diversa composizione per età della popolazione, da cui dipende un ricorso più o meno accentuato ai servizi sanitari; la diversità dei contesti economico sociali regionali che influenza il rapporto domanda/offerta di servizi sanitari e la diversa composizione della spesa sanitaria totale rispetto alle due componenti: spesa pubblica e spesa privata e la possibilità da parte delle Regioni di maggiori dimensioni, geografiche e di popolazione, di avvalersi di economie di scala meno accessibili alle Regioni di minori dimensioni. Nel quadro sopra delineato, Governo e Regioni sono impegnate in tavoli tecnici interistituzionali che analizzano le compo-

nenti della spesa sanitaria per definire i costi standard dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie.

### **Dalla continuità assistenziale all'assistenza h24**

La migliore aspettativa di vita, l'invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento della incidenza delle malattie croniche e degenerative che hanno caratterizzato lo stato di salute del nostro paese in questo ultimo decennio, hanno posto l'esigenza di promuovere il territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari. Da qui l'esigenza di riorganizzare il sistema delle cure primarie per consentire l'individuazione di percorsi socio-assistenziali sempre più individualizzati volti a soddisfare i bisogni del crescente numero di malati con patologie gravemente invalidanti, non più ammessi negli ospedali o da questi dimessi molto precocemente perché " clinicamente stabili". Contemporaneamente si è accelerato il processo di cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale che dovrà pertanto perdere le caratteristiche di generalismo per diventare sempre di più luogo di trattamenti specializzati e tecnologicamente supportati per la cura delle condizioni acute, in ambienti intensivi e sub intensivi.

Anche lo sviluppo del Day Hospital e della Day surgery e l'estensione delle varie forme di dimissioni protette saranno fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati in ricovero ospedaliero brevissimo o breve, i quali, per particolari esigenze assistenziali, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (ad es. terapia del dolore, controllo di sintomi associati a procedure, nausea, vomito etc.). In questo settore, il rac-



cordo territorio-ospedale non potrà che incrementare l'appropriatezza del regime di ricovero.

La riorganizzazione delle cure primarie è destinata ad avere importanti ricadute anche sulla qualità della risposta ai bisogni socio-sanitari complessi, soprattutto nei casi in cui spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario. In particolare, i servizi territoriali di assistenza primaria H24, per i quali il Ministero ha dato specifiche indicazioni alle Regioni, permettono di incrementare la capacità di risposta assistenziale 7 giorni su 7 per 24 ore al giorno alla richiesta da parte dei cittadini di effettiva continuità delle cure, ed incanalare la quota di domanda assistenziale oggi rappresentata dagli accessi impropri alle strutture di emergenza (codici bianchi e verdi) verso risposte più appropriate. La reingegnerizzazione delle cure primarie e delle attività del medico di medicina generale, non può che essere attuata adeguando opportunamente i modelli organizzativi individuati alle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e strutturali dei vari contesti loco-regionali nella consapevolezza che nessun modello organizzativo possa, allo stato attuale, considerarsi in grado di solo di affrontare le nuove sfide assistenziali e che l'assetto che andrà a consolidarsi dovrà essere definito sulla base delle evidenze di efficacia e di efficienza.

### **Formazione specifica in Medicina Generale**

Il tema della formazione specifica in medicina generale è andato diffondendosi in Italia ed in Europa sul finire degli anni '80. Con la Direttiva Europea 86/457/CEE del 1986, si sanciva l'obbligo per gli Stati Membri di prevedere l'istituzione di un corso di formazione specifica.

Obiettivo era quello di preparare il medico di medicina generale ad adempiere meglio ad una funzione basata, in buona parte, sulla conoscenza personale dell'ambiente dei pazienti e consistente nella protezione dell'individuo considerato nel suo insieme oltre che, ovviamente, nella dispensazione delle cure opportune.

A più di venti anni di distanza dall'attivazione in Italia del corso di formazione specifica in medicina generale, occorre osservare che, in relazione all'autonomia regionale, si è realizzato sul territorio nazionale uno sviluppo estremamente variegato dell'offerta formativa. Questa ampia variabilità, pur rappresentando una ricchezza per il sistema paese, non sempre garantisce sul territorio nazionale una formazione omogenea. Occorre, quindi individuare i requisiti essenziali comuni del processo di formazione e sviluppare un percorso formativo adeguato che comprenda la definizione degli obiettivi, della metodologia di insegnamento ed apprendimento, dell'articolazione e della organizzazione dei corsi. Tuttavia, pur prevedendo una "griglia" formativa comune su tutto il territorio nazionale, il corso dovrà poter soddisfare le specifiche esigenze regionali, avuto particolare riguardo ai modelli organizzazioni in materia di assistenza e cure primarie.

### **Le prospettive sanitarie e sociali nella popolazione anziana - Il ruolo della riabilitazione**

Le previsioni demografiche nazionali dell'ISTAT, secondo la proiezione dei dati al 2050, rivelano che la popolazione sarà composta per il 33,6% di ultrasessantacinquenni e soltanto per il 12,7% da giovani (sino a 14 anni di età). L'indice di vecchiaia, che misura il rapporto numerico tra anziani e giovani, passa da 138 anziani per 100 giovani nel 2005, a 222 nel 2030 ed al valore di 264 nel 2050.

Il progressivo invecchiamento della popolazione impone di incrementare e migliorare il coordinamento e l'integrazione dei servizi sociali, assistenziali e sanitari. Negli ultimi anni i paesi a maggior sviluppo economico hanno dovuto ripensare culturalmente e rimodulare strutturalmente le prestazioni sanitarie erogabili. In particolare si è abbandonata la visione ospedalocentrica dei servizi sanitari per lasciar posto a nuove strategie che tengono conto della gestione della cronicità e delle politiche di prevenzione della disabilità.

In quest'ottica le scienze riabilitative potranno avere una importanza e un ruolo cruciali.

Il passaggio dalla cura della malattia al prendersi carico in toto della persona malata, pone nuovamente al centro dell'agire la persona nella sua interezza. Questo approccio valorizza obiettivi nuovi quali l'attenzione alla qualità della vita e il reinserimento, congruo e condiviso, nel mondo lavorativo. Tali principi sono alla base del percorso per la stesura di un Piano Nazionale della Riabilitazione, che rappresenta un ulteriore raccordo nel nuovo rapporto tra Stato e Regioni, che prevede oltre al Piano Sanitario Nazionale, anche il Piano Nazionale della Prevenzione, ai LEA e l'applicazione del metodo delle Evidence Based Prevention and Practice e che va a completare l'integrazione delle reti assistenziali.

### Sviluppo tecnologico

In Italia, la distribuzione sul territorio delle tecnologie è molto disomogenea con una forte prevalenza nelle aziende ospedaliere al nord e maggiore carenza nel centro-sud. Nell'universo delle tecnologie sanitarie si possono individuare due ampi ambiti di intervento: apparecchiature biomediche, con finalità diagnostiche e terapeutiche, e tecnologie dell'informazione e della comunicazione, a supporto della sanità in rete.

Allo stato attuale la distribuzione sul territorio delle apparecchiature biomediche (articolate nelle tre classi principali ci analisi diagnostiche chimiche, bioimmagini e radioterapia, interventi terapeutici) non appare adeguata né al reale fabbisogno, né a criteri di economicità e corretto impiego, sia dal punto di vista di funzionamento nonché di appropriatezza nell'utilizzo delle apparecchiature, a causa prevalentemente dell'assenza di una metodologia di *Health Technology Assessment* di definizione di criteri di acquisizione, distribuzione e uso sul territorio delle strumentazioni mediche.

Con riferimento alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, lo sviluppo tecnologico può consentire un modo diverso di "fare sanità", basato su modalità innovative, e sempre più personalizzate, di erogazione dei servizi sanitari che consentano sia di tracciare il percorso del paziente sin dal primo momento di interazione con la rete dei servizi sia di diffondere informazioni a beneficio dei cittadini, utili al miglioramento dell'assistenza e della programmazione sanitaria.

In tale ambito, le iniziative progettuali attuali e future dovranno considerare, quali denominatori comuni, la dematerializzazione dei documenti sanitari e l'armonizzazione delle soluzioni di sanità in rete, allo scopo di garantire omogeneità nella generazione dei Livelli Essenziali di Informazioni.

### Terapie innovative

L'innovazione terapeutica è un obiettivo centrale per la salute pubblica in quanto da questa dipendono in larga misura la qualità ed il costo della cura. Gli strumenti alla base delle terapie innovative sono essenzialmente i farmaci e le tecnologie innovative (es. radioterapia) o una combinazione delle due.

In ambito farmacologico, l'AIFA, ha provveduto a consolidare esperienze

specifiche di *Health Technology Assessment* coniugando al suo interno la valutazione del rapporto rischio beneficio con quello rischio-efficacia. Inoltre tra le Agenzie europee, l'AIFA ha altresì sviluppato procedure di *risk sharing e payment by results*, al fine di guidare l'appropriatezza prescrittiva, tracciando al meglio sia la spesa farmaceutica sia i parametri d'uso del nuovo farmaco, cercando di colmare i livelli di incertezza specifici e inevitabili nelle prime fasi di commercializzazione.

Di altrettanto grado di innovazione ed importanza sono le terapie 'tecnologiche', ovvero quelle in cui il meccanismo d'azione che sottende la cura è basato sull'utilizzo di una tecnologia, (tipicamente la radioterapia), tecniche interventistiche e nanotecnologie. Questo settore delle terapie è in rapida crescita e costituisce un metodo terapeutico nuovo ed efficace, alternativo o complementare al trattamento farmacologico. Va comunque incoraggiata una politica che sfrutti al meglio tutte le possibilità terapeutiche disponibili e ne favorisca le combinazioni, anche nell'ottica di un rapporto ottimale costi/beneficio.

### **Istituzione di unità di rischio clinico**

Il tema della responsabilità professionale del personale sanitario è stato recentemente oggetto di un'approfondita ed attenta riflessione da parte della Commissione parlamentare Igiene e Sanità del Senato.

Il problema del contenzioso per danni a persone causati da personale sanitario, soprattutto medici, ha subito un notevole incremento negli ultimi anni, comportando da un lato un sempre maggior ricorso dei pazienti all'autorità giudiziaria, e dall'altro, atteggiamenti "difensivi" del personale sanitario preoccupato di tutelare la propria immagine professionale. Tale situazione potrebbe

influenzare le scelte diagnostico-terapeutiche del medico che potrebbero essere tese non solo a contemplare la salute del paziente ma anche a salvaguardare la propria situazione professionale.

È necessario salvaguardare la salute del paziente e permettendo al personale sanitario di operare in condizioni ottimali.

La citata commissione ha elaborato una proposta legislativa finalizzata a garantire un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutto il personale sanitario per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie di terzi con giusto diritto di risarcimento prevedendo un'assicurazione obbligatoria delle strutture, anche per definire in modo chiaro le responsabilità tra i diversi componenti del sistema, e stabilendo che, per danni subiti dai pazienti che chiedono assistenza (ricovero o altre prestazioni sanitarie) ad una struttura ospedaliera (pubblica o privata) sia quest'ultima a risponderne civilmente.

### **Progetto Isole Minori**

Il progetto Isole Minori è nato con l'obiettivo di verificare le criticità e le eventuali carenze che caratterizzano l'attuale risposta sanitaria alla domanda delle popolazioni delle Isole Minori, e di formulare proposte e soluzioni appropriate e coerenti con i Livelli Essenziali di Assistenza, con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e dei Piani delle Regioni di appartenenza; con le esperienze organizzative e gestionali considerate "buone pratiche" e mutuabili nel Paese, attraverso una vera e propria proposta operativa di miglioramento specifica per ciascuna realtà.

Nell'ambito del progetto si è pensato di definire una metodologia di analisi con l'obiettivo di adottare le stesse strategie nelle isole minori del nostro Paese, peraltro collocate in Regioni

diverse caratterizzate da organizzazioni sanitarie diverse.

L'approccio metodologico dell'analisi si è concentrato sulle caratteristiche della domanda ospedaliera, ambulatoriale e di urgenza sanitaria, nonché morbilità e mortalità rispetto a gruppi di popolazione, patologie e branche specialistiche più rilevanti. Una delle principali criticità nella programmazione sanitaria nelle piccole comunità è rappresentato dalla scelta di quali servizi offrire in loco e per quali altri, invece, prevedere il trasfe-

rimento dei pazienti. A questo proposito, un aspetto molto delicato è rappresentato dalle gravidanze e dai parti: alcuni ospedali sulle isole offrono assistenza per le gravidanze a basso rischio, inclusi i cesarei d'emergenza, mentre quelle a rischio maggiore devono essere necessariamente trasferite.

In ultimo, cresce la necessità di pianificare azioni "coordinate e integrate" dentro e fuori dall'isola con le funzioni del continente, per rispondere ai fabbisogni in modo puntuale.

## La situazione sanitaria del Paese

PAGINA BIANCA

## 1

## Quadro generale

### 1.1 Struttura e dinamica demografica

#### 1.1.1 Dinamica della popolazione residente

Al 1° gennaio 2009 la popolazione residente in Italia si stima superi il traguardo storico dei 60 milioni. Il Nord è la ripartizione con il maggior numero di residenti, oltre 27 milioni, pari al 45 per cento del totale. Al Centro i residenti sono, invece, quasi 12 milioni – il 20 per cento –, mentre nel Mezzogiorno sono poco più di 20 milioni, pari al 35 per cento.

Secondo i dati ancora provvisori, nel 2008 la dinamica naturale (differenza tra nascite e decessi) registra un saldo negativo di circa 3 mila 700 unità. Di per sé il dato è migliore di quello osservato nel 2007 (-6 mila 800) ma peggiore di quello del 2006, anno nel quale si ebbe un saldo naturale positivo (2 mila 100). Il numero dei nati vivi in Italia nel corso del 2008 è stimato in 576 mila unità, per un tasso di natalità pari a 9,6 per mille abitanti. Si tratta di circa 12 mila nascite in più rispetto al 2007 e, dato non meno rilevante, per ritrovare analoga cifra nel recente passato occorre risalire all'indietro fino al 1992. Il numero dei decessi è invece stimato in 580 mila unità, per un tasso di mortalità pari a 9,7 per mille abitanti. Anche in questo caso si tratta di una cifra ragguardevole tenuto conto che, non considerando il dato "anomalo" del 2003 (oltre 586 mila decessi per via delle avverse condizio-

ni meteorologiche invernali ed estive), ci si troverebbe di fronte al più alto livello mai registrato dal secondo dopoguerra.

A livello territoriale la dinamica naturale si presenta come di consueto differenziata. Le regioni del Nord e del Centro sono caratterizzate da un saldo naturale negativo, rispettivamente -0,4 e -0,5 per mille abitanti, quelle del Mezzogiorno da un saldo naturale positivo, +0,7 per mille. Riguardo alla mortalità si confermano livelli più alti nelle aree del Paese a più forte invecchiamento, vale a dire nel Nord e nel Centro (rispettivamente 10,1 e 10,2 per mille), e più bassi nel Mezzogiorno (8,9 per mille) la cui popolazione risulta ancora avvantaggiata da una struttura per età relativamente più giovane.

Rispetto al quadro delineato per le ripartizioni geografiche si evidenziano situazioni in controtendenza che riguardano alcune regioni. Ad esempio, nel Nord il saldo naturale è positivo in Lombardia (1 per mille), Trentino Alto Adige (2,3 per mille) e Veneto (0,8 per mille) mentre nel Centro lo è per il Lazio (0,9 per mille). Viceversa, nel Mezzogiorno, si conferma ancora una volta la presenza di un saldo naturale negativo nelle quattro regioni meno popolate e a più forte invecchiamento: dall'Abruzzo (-1,4 per mille) al Molise (-3,5), dalla Basilicata (-1,3) alla Sardegna (-0,4).

La componente migratoria del 2008 risulta assai positiva grazie a

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1 – Indicatori della dinamica naturale e migratoria, per regione – Anno 2008\* (per mille residenti)

Regioni	Quoziente di natalità	Quoziente di mortalità	Saldo naturale	Saldo migratorio interno**	Saldo migratorio con l'estero	Saldo migratorio per altro motivo***	Saldo migratorio totale	Saldo totale
Piemonte	9,0	11,1	-2,1	0,9	9,1	-0,6	9,4	7,3
Valle d'Aosta	10,2	10,2	0,1	2,6	7,8	0,2	10,6	10,7
Lombardia	10,2	9,1	1,0	1,7	8,2	-0,9	9,0	10,0
Trentino Alto Adige	10,7	8,4	2,3	2,0	8,0	-0,6	9,4	11,7
P.A. Bolzano	11,0	7,7	3,3	1,5	6,4	-0,6	7,3	10,6
P.A. Trento	10,4	9,1	1,3	2,5	9,6	-0,7	11,4	12,7
Veneto	10,0	9,2	0,8	1,2	10,7	-1,0	10,9	11,7
Friuli Venezia Giulia	8,6	11,6	-3,0	2,5	9,1	-0,6	11,0	8,0
Liguria	7,8	13,4	-5,6	1,1	8,2	-0,2	9,1	3,5
Emilia-Romagna	9,7	11,0	-1,3	4,6	12,1	-0,7	16,0	14,7
Toscana	9,1	11,3	-2,2	2,2	10,3	-1,6	10,9	8,7
Umbria	9,3	11,3	-2,0	2,6	12,7	-0,6	14,7	12,7
Marche	9,3	10,4	-1,1	3,0	10,4	-0,7	12,8	11,7
Lazio	10,1	9,2	0,9	-0,2	10,9	-0,7	10,1	11,0
Abruzzo	8,7	10,1	-1,4	1,8	7,9	-0,3	9,4	8,0
Molise	7,6	11,2	-3,5	-0,8	4,3	-0,3	3,2	-0,3
Campania	10,5	8,5	2,0	-4,3	3,0	-0,3	-1,6	0,4
Puglia	9,4	8,4	1,0	-3,0	2,8	-0,1	-0,2	0,8
Basilicata	8,3	9,6	-1,3	-4,0	3,9	-0,1	-0,2	-1,5
Calabria	9,0	9,0	0,0	-3,9	4,9	-0,2	0,7	0,6
Sicilia	9,8	9,2	0,6	-2,3	3,7	-0,3	1,2	1,8
Sardegna	8,2	8,6	-0,4	0,4	3,0	1,1	4,5	4,1
ITALIA	9,6	9,7	-0,1	0,2	7,7	-0,6	7,3	7,3
Nord	9,7	10,1	-0,4	2,0	9,4	-0,8	10,6	10,2
Nord-ovest	9,6	10,1	-0,5	1,4	8,4	-0,7	9,1	8,6
Nord-est	9,8	10,0	-0,3	2,7	10,8	-0,8	12,7	12,4
Centro	9,6	10,2	-0,5	1,2	10,8	-1,0	11,1	10,5
Mezzogiorno	9,6	8,9	0,7	-2,7	3,7	-0,1	0,9	1,6
Sud	9,6	8,8	0,8	-3,2	3,7	-0,2	0,3	1,2
Isole	9,4	9,1	0,3	-1,6	3,6	0,1	2,0	2,4

\* Stima.

\*\* A livello nazionale il saldo migratorio interno può risultare diverso da zero a causa di possibili sfasamenti temporali tra la data di iscrizione e cancellazione anagrafica.

\*\*\* Il saldo migratorio per altri motivi: è la differenza tra il numero degli iscritti per altro motivo, ovvero iscrizioni dovute non ad un effettivo trasferimento di residenza, ma ad operazioni di rettifica anagrafica, e le cancellazioni per altro motivo, ovvero le cancellazioni dovute a pratiche di rettifica anagrafica.

FONTE: Istat. Sistema di nowcast per indicatori demografici, 2009.

oltre 2 milioni di iscrizioni contrapposte a 1 milione e 600 mila cancellazioni. Il saldo migratorio è pertanto poco superiore alle 400 mila unità, per un tasso pari a 7,3 per mille abitanti. A livello territoriale il saldo tra iscritti e cancellati risulta positivo per tutte le

ripartizioni, con valori del 9,4 per mille per il Nord, del 10,8 per mille per il Centro e del 3,7 per mille per il Mezzogiorno. Nel Centro-Nord si evidenziano dunque valori del tasso migratorio superiori alla media nazionale. La regione con più forza attratti-