

all'anno 2005 indicano che, in Italia, solo il 39,7% della popolazione ha fatto richiesta di prestazioni odontostomatologiche; l'87,5% delle persone sottoposte a cure odontoiatriche si è rivolto prevalentemente a liberi professionisti mentre solo il 12,5%, ha fruito di strutture pubbliche o private convenzionate deputate all'erogazione di prestazioni odontoiatriche. Il maggior utilizzo del servizio pubblico o convenzionato viene fatto da parte dei soggetti molto anziani.

Tra i bambini di 3-5 anni, solo il 27,6% ha potuto fruire gratuitamente di cure odontoiatriche; la percentuale si riduce al 12,2% nei bambini tra i 6 e i 10 anni. Per gli individui tra gli 11 ed i 13 anni la percentuale di fruizione gratuita delle cure decresce ulteriormente, assestandosi intorno al 6,6%.

L'accesso alle prestazioni pubbliche con pagamento di ticket e lunghe liste di attesa è riservato solo ad alcune categorie di cittadini (0-14 anni, soggetti con vulnerabilità sociale e/o economica) ed a tutti i cittadini non appartenenti alle categorie precedentemente menzionate, purché in regime di urgenza (urgenze antalgico-infettive); sono escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, in genere, tutte le prestazioni relative alla terapia protesica fissa, tradizionale e/o implantologica.

A seguito della ridotta offerta pubblica, con gli anni si è assistito, quindi, al consolidamento dell'assistenza privata, diffusa capillarmente sull'intero territorio nazionale, ma con onorari, determinati anche dagli alti costi, che precludono l'accesso ai trattamenti odontoiatrici alle fasce sociali più deboli e disagiate.

Tenuto conto di quanto sopra, della sentita esigenza di promuovere programmi di prevenzione a livello nazionale ed in attesa di un "Piano nazionale per la salute orale", sono state gettate le basi per l'inserimento esplicito della salute orale nel Piano sanitario

nazionale e nel Piano nazionale della prevenzione.

In quest'ottica il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali ha avviato una serie di iniziative in relazione a talune tematiche che trovano evidenza scientifica nella letteratura internazionale (somministrazione di fluoro alle gestanti, controllo della trasmissione dei batteri cariogeni dalla madre al figlio, educazione ad una corretta igiene orale fin dai primi anni di vita, controllo delle abitudini alimentari e voluttuarie, fluoroprofilassi, applicazione dei sigillanti, regolare e periodica visita dall'odontoiatra). Talune di queste azioni affinché possano avere la massima efficacia necessitano dell'interazione sinergica di tutte le professionalità sanitarie deputate al mantenimento ed al ripristino di un buono stato di salute orale.

Per supportare il lavoro di queste professionalità sono state, pertanto, elaborate e pubblicate le "Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva".

Alla stesura del documento hanno partecipato esperti del Centro di Collaborazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Epidemiologia Orale e l'Odontoiatria di Comunità di Milano, del Consiglio Superiore di Sanità, del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, della Società Italiana di Neonatologia, della Società Italiana di Odontoiatria Infantile, della Società Italiana di Pediatria, dell'Associazione Igienisti Dentali Italiani, della Federazione Italiana Medici Pediatri e del Movimento Italiano Genitori.

Il documento è uno strumento di ausilio all'attività di lavoro degli operatori con il fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi indi-

cati dall'OMS: entro il 2010, il 90 per cento dei bambini di età compresa tra i 5 e i 6 anni deve essere esente da carie e, a 18 anni, nessun soggetto deve aver perso alcun elemento dentario per carie o malattia parodontale.

In merito a quest'ultimo obiettivo OMS, importante è l'utilizzo della sigillatura, particolarmente indicata per i primi molari permanenti; è questa una metodica di prevenzione della carie conosciuta ed applicata in tutto il mondo da molti decenni ma non in maniera estensiva e convinta nel nostro Paese.

L'efficacia della sigillatura è massima se le resine sigillanti vengono applicate nei 2 anni successivi all'eruzione degli elementi permanenti e la loro integrità va controllata ogni 6-12 mesi; il 74% dei solchi dei molari permanenti trattati con questa metodica preventiva si mantiene sano a distanza di circa 15 anni.

Pertanto, è importante la diffusione su tutto il territorio nazionale di programmi preventivi che prevedano l'applicazione di sigillanti, sul modello di quanto fatto in questi ultimi anni, purtroppo però solo in alcuni distretti italiani.

Al fine di favorire ed incentivare tali azioni di prevenzione è stata attivata un'iniziativa, unica nel suo genere nel nostro Paese, di durata biennale, con inizio nel febbraio del 2007, che ha visto la partecipazione di quattro ASL nazionali di cui due sedi universitarie.

L'identificazione delle sedi è stata dettata dal desiderio di coinvolgere anche zone di Italia in cui la realtà pubblica sanitaria odontoiatrica è, capillarmente, meno rappresentata sul territorio.

Nello specifico, nell'ambito di questo intervento, finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nell'arco di tempo compreso tra settembre 2007 e dicembre 2008, sono stati contattati ed invitati a sotto-

porsi alla pratica della sigillatura dei solchi e delle fessure dei primi molari permanenti individui di circa sette anni di età, residenti nella ASL identificata come centro operativo.

I numeri del progetto mostrano un risultato di grande efficacia, anche sotto l'aspetto del risparmio economico: 8.377 bambini di sette anni di età coinvolti, circa 15.000 elementi dentari permanenti sigillati per una spesa media a prestazione (visita specialistica, seduta di igiene orale professionale, sigillatura) di poco inferiore ai 19 euro.

Considerando, pertanto, quanto sopra, è possibile ipotizzare che l'esecuzione di circa 15.000 sigillature ha comportato un ipotetico risparmio di 400.000 euro per terapie conservative che sono state evitate grazie alla prevenzione.

Sempre al fine di promuovere azioni di prevenzione e in considerazione della preponderante e capillare offerta di odontoiatria privata, anche per favorire l'accesso a talune importanti prestazioni odontostomatologiche da parte di individui in condizioni di vulnerabilità socio-economica, è ritenuta importante una maggiore sinergia tra l'odontoiatria pubblica e quella privata.

In questa ottica e con questi intenti, infatti, è stato sottoscritto, nel luglio 2008, un Accordo tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed i liberi professionisti esercenti l'odontoiatria appartenenti all'Associazione Nazionale Dentisti Italiani ed all'Associazione Odontoiatri Cattolici Italiani (A.N.D.I. e O.C.I.).

Il Patto con A.N.D.I. e O.C.I. prevede l'erogazione, ad onorari di gran lunga inferiori rispetto a quelli usualmente praticati sul territorio nazionale, delle seguenti prestazioni: visita odontoiatrica, ablazione tartaro e insegnamento igiene orale, sigillatura dei solchi dei molari e premolari, estrazione di elemento dentario com-

promesso, protesi parziale con ganci, protesi totale.

Delle prestazioni ad onorario concordato potranno beneficiare esclusivamente:

- donne in gravidanza, indipendentemente dal reddito, limitatamente alla visita, ablazione tartaro e insegnamento igiene orale;
- soggetti con indice di misura della condizione economica-patrimoniale (ISEE) non superiore ad euro 8.000,00;
- soggetti, con ISEE non superiore ad euro 10.000,00, aventi diritto, sulla base della normativa regionale vigente nel luogo di residenza del beneficiario, alla esenzione totale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per ragioni di età, con i seguenti limiti: soggetti fino a sei anni ed anziani con età dai sessantacinque anni in poi;
- a prescindere dall'età, soggetti con ISEE non superiore ad euro 10.000,00 (diecimila/00) a beneficio dei quali, sulla base della normativa regionale vigente nel momento in cui viene richiesta la prestazione, l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di appartenenza od altra Autorità competente del Servizio Sanitario Nazionale abbia disposto l'esenzione totale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni specialistiche in relazione a patologie croniche;
- a prescindere dall'età, soggetti con ISEE non superiore ad euro 10.000,00 (diecimila/00) a beneficio dei quali, sulla base della normativa regionale vigente nel momento in cui viene richiesta la prestazione, l'ASL di appartenenza od altra autorità competente del Servizio Sanitario Nazionale abbia disposto l'esenzione totale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni specialistiche in relazione a patologie invalidanti;
- a prescindere dall'età, tra gli esenti per invalidità, i soggetti con ISEE non superiore ad euro 10.000,00 (diecimila/00) riconosciuti inabili al lavoro con invalidità 100% e soggetti riconosciuti affetti da handicap grave ai sensi dell'art. 3 Legge 104/92;
- i titolari di "social card" a norma dell'art. 81, comma 29 ss., Legge 133/08, di conversione, con modifiche, del Decreto Legge 112/08.

La sottoscrizione dell'Accordo prevede la partecipazione di circa 23.000 odontoiatri su tutto il territorio nazionale (61% dei reali esercenti l'odontoiatria).

Infine, in considerazione delle richieste di riabilitazioni odontoiatriche sempre più complesse, di una maggior tutela della salute del cittadino-paziente, nonché della necessità di garantire standard di cure sempre più elevati ed al passo con i tempi, sono in fase di elaborazione una serie di Raccomandazioni cliniche specifiche per ogni ambito di intervento odontoiatrico.

Al fine di ottenere il più ampio consenso in merito, l'elaborazione delle stesse vede il coinvolgimento diretto non solo dell'Amministrazione centrale ma anche della Commissione Albo Odontoiatri Nazionale, delle Associazioni degli odontoiatri più rappresentative e del Collegio dei Docenti di odontoiatria.

Bibliografia essenziale

- Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza; allegato 4/C. DPCM 29/11/2001.
- Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Istat, 2005.
- Linee Guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. www.ministerosalute.it
- Oral health: prevention is key. The Lancet, Volume 373, Issue 9657, Page 1, 3 January

1.11 Prevenzione osteoporosi

Le fratture da fragilità, o fratture osteoporotiche, costituiscono una rilevante causa di morbilità per la popolazione anziana, determinando gravi conseguenze in termini di sofferenza e disabilità cronica, di impegno assistenziale per le famiglie e di costi economici per il Sistema Sanitario. In particolare le fratture di femore prossimale costituiscono uno dei maggiori capitoli di spesa sanitaria per la popolazione anziana, causando oltre 1.250.000 giornate di degenza ospedaliera acuta ed oltre 1.500.000 giornate di degenza riabilitativa all'anno, per un costo ospedaliero diretto annuo di circa un miliardo di euro. Purtroppo, la frattura di femore determina ancora un incremento significativo della mortalità nell'anno successivo all'evento, mentre circa un quarto dei pazienti ultrasessantacinquenni non recupera lo stesso livello di autonomia motoria.

La fragilità ossea dovuta all'osteoporosi, insieme alla maggiore propensione a cadere degli anziani sono inoltre responsabili di un elevato numero di altre fratture, tipiche dell'età avanzata, come quelle di vertebra, di polso, di omero prossimale, di bacino. I loro costi economici e sociali sono meno facilmente rilevabili perché queste fratture vengono spesso trattate in pronto soccorso o in ambulatorio, ma contribuiscono anch'esse a deteriorare sensibilmente ed in modo cronico la qualità di vita dell'anziano, oltre a determinare una ulteriore significativa domanda di prestazioni sanitarie.

Il sensibile aumento della sopravvivenza media della popolazione ha determinato una progressione continua del numero di fratture osteoporotiche, di cui è indice oggettivo il numero di ricoveri ospedalieri per fratture di femore prossimale, che viene rilevato in costante aumento negli ultimi anni, come si evince dall'analisi delle

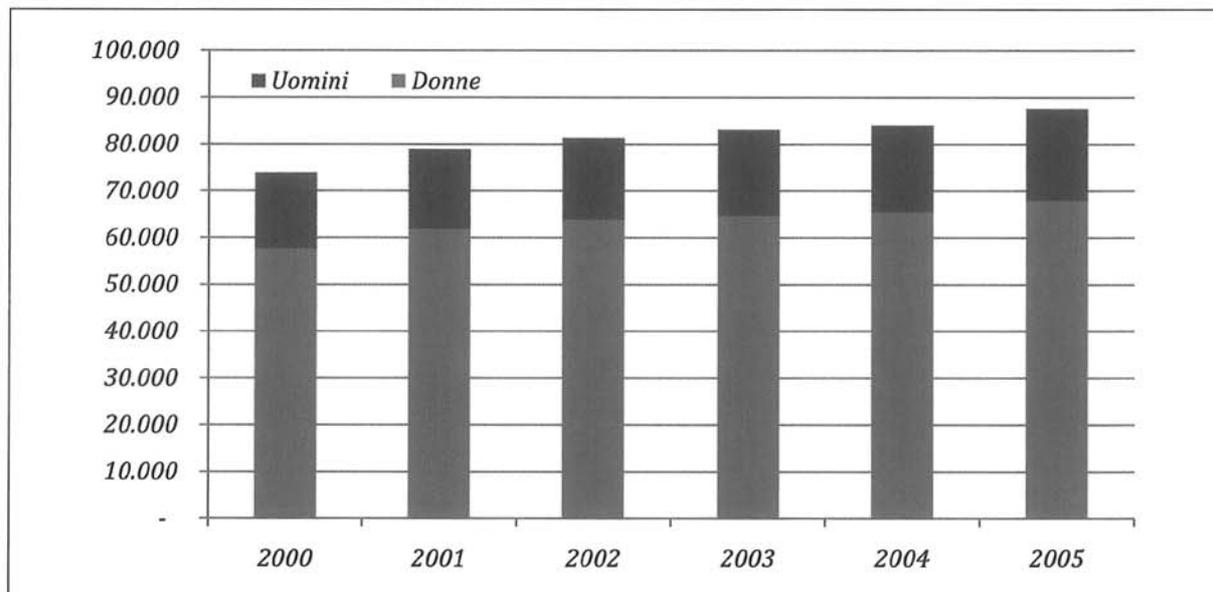
schede di dimissione ospedaliera. I casi nella popolazione di almeno 45 anni sono stati circa 94.000 nel 2005, di cui oltre 87.500 in soggetti di 65 o più anni e circa un quinto nel sesso maschile (Figura 1), mostrando un ulteriore aumento del 4% circa rispetto all'anno precedente, a conferma di un trend in atto in tutti i paesi dell'Unione Europea.

Le proiezioni epidemiologiche di crescita futura della patologia osteoporotica e delle fratture ad essa correlate richiederebbero un intervento programmatico più organico per mettere sotto controllo il fenomeno, attraverso programmi di informazione alla popolazione sugli stili di vita salutari che possono ridurre alcuni dei fattori di rischio, di prevenzione primaria, di diagnosi tempestiva, di trattamento farmacologico, di riabilitazione e recupero funzionale.

In particolare, è assai importante osservare che grazie alle evidenze scientifiche accumulate negli ultimi 15 anni sul ruolo dei fattori di rischio, sull'impiego clinico delle tecniche diagnostiche e sugli effetti dei nuovi trattamenti, oggi è divenuto possibile porre una diagnosi tempestiva ed iniziare un trattamento efficace ed economicamente efficiente prima che si verifichi la prima frattura da fragilità. Ciò è di estrema rilevanza perché è ben dimostrato il fenomeno della "cascata di fratture", cioè del moltiplicarsi del rischio di successive fratture (+86%) dopo la comparsa della prima frattura da fragilità. Avendo a disposizione farmaci in grado di ridurre del 40-70% il rischio di frattura, il loro impiego tempestivo consentirebbe una notevole riduzione del numero di eventi negli anni successivi.

Al contrario, avviene invece che nella maggior parte dei casi un corretto inquadramento diagnostico e terapeuti-

Figura 1 – Incidenza delle fratture di femore in Italia negli anni 2000-2005



FONTE DATI: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, da base-dati sulle SDO – Anni 2000-2005.

co non viene messo in atto nemmeno dopo il verificarsi di una delle fratture tipiche da osteoporosi, perdendo così la possibilità di intervenire nel ridurre gli eventi in una categoria di pazienti a rischio particolarmente elevato.

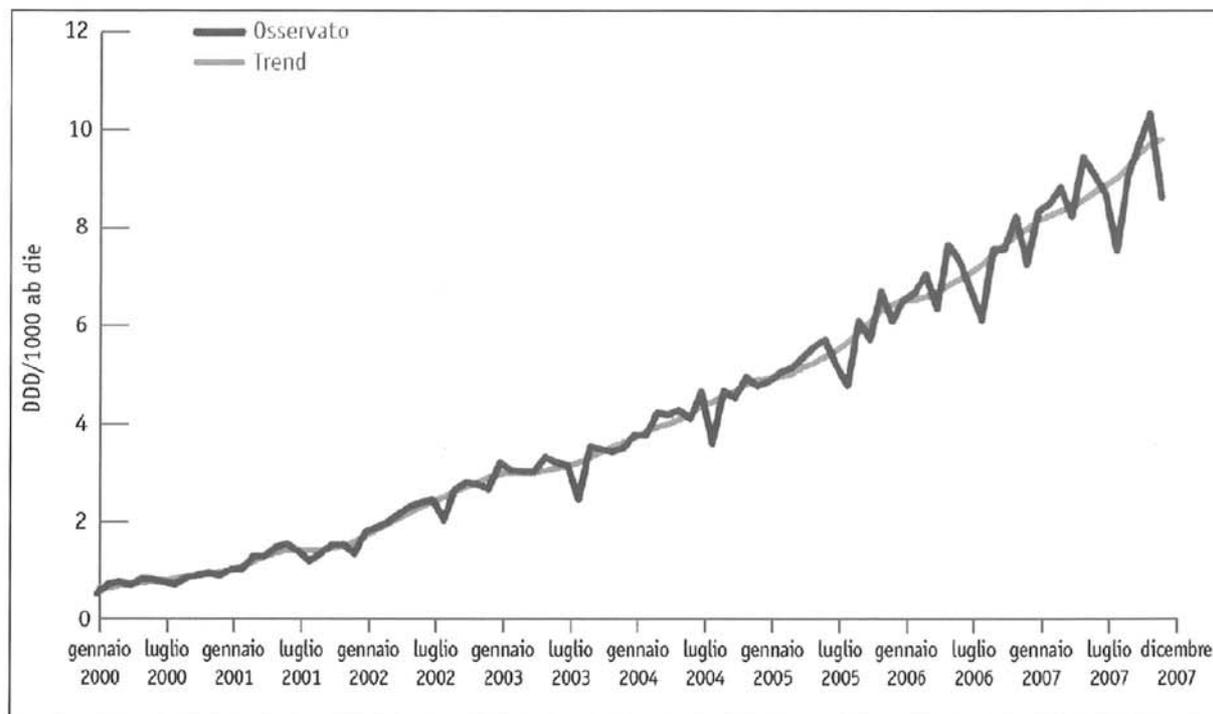
Malgrado queste importanti limitazioni, nel corso del 2007 e del 2008 si sono verificati alcuni progressi nella razionalizzazione dell'intervento del Sistema Sanitario nella prevenzione e nel trattamento del rischio di frattura. La definizione e pubblicazione dei criteri omogenei nazionali per l'appropriatezza nell'accesso alla densitometria ossea nell'ambito dei LEA ha costituito un primo fondamentale passo nel garantire ai soggetti a rischio l'accesso alla più importante metodica diagnostica dell'osteoporosi, nel contempo riducendo gli sprechi di risorse derivanti da un suo impiego inappropriato. Alla appropriatezza prescrittiva è necessario che si affianchi quanto prima la definizione degli standard qualitativi delle apparecchiature impiegate, la formazione degli operatori nonché, data la grande diffusione delle metodiche densitometriche, la valutazione degli aspetti dosimetrici.

Per quanto concerne l'ambito terapeutico, nel gennaio 2007 è stata emanata l'ultima revisione della Nota AIFA 79 che regola la prescrivibilità della maggior parte dei farmaci dell'osteoporosi, introducendo la possibilità di impiegare nei soggetti con più elevato rischio i principali farmaci con provata efficacia antifratturativa anche prima della comparsa di una frattura da fragilità.

L'ultimo rapporto OSMED mostra che anche nel 2007 la spesa farmaceutica del SSN per i farmaci dell'osteoporosi ha confermato l'andamento degli ultimi anni, caratterizzato da un incremento progressivo e lineare, sensibilmente superiore a quello della spesa farmaceutica generale. Va rilevato che in precedenza l'investimento in questo tipo di terapie era assolutamente inadeguato rispetto ai costi della patologia, anche se confrontato con altre aree terapeutiche che coinvolgono patologie croniche dell'anziano (Figura 2).

Per tenere sotto controllo l'evoluzione del fenomeno dell'osteoporosi e delle fratture ad essa correlate, nonché per valutare gli effetti delle strategie sanitarie che verranno messe in atto si

Figura 2 – Evoluzione del consumo nazionale di farmaci per l'osteoporosi in classe A a carico del SSN negli anni 2000-2007



FONTE: Rapporto OSMED 2007. L'uso dei Farmaci in Italia.

rende necessaria l'istituzione di un registro nazionale delle fratture, in particolare di quelle di femore e delle altre principali fratture tipiche, in analogia con quanto già realizzato in alcuni altri paesi dell'Unione Europea.

Dapprima orientati alla più semplice raccolta di dati a significato epidemiologico (numero di casi, caratteristiche demografiche, distribuzione geografica etc), i registri nazionali sono divenuti strumenti estremamente utili per la stima dei costi sanitari (diretti ed indiretti), dei costi sociali (mortalità, disabilità, impatto sulla

qualità della vita), per la rilevazione della qualità dei trattamenti, ed infine per la definizione degli standard ottimali di cura.

Per queste ragioni è necessario che la riduzione delle fratture osteoporotiche figuri tra le priorità dei piani sanitari nazionali italiani degli anni futuri. A tal fine è indispensabile programmare la prevenzione, prevedere la formazione e l'aggiornamento delle figure professionali coinvolte, istituire un Registro Nazionale delle fratture osteoporotiche e aggiornare le linee guida diagnostiche e terapeutiche.

2

I servizi di assistenza sanitaria

2.1 Cure primarie e continuità assistenziale

2.1.1 Introduzione

Lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale in questi ultimi anni è stato caratterizzato da una progressiva contrazione del peso dell'assistenza ospedaliera e contemporaneamente da un costante aumento dell'incidenza dell'assistenza territoriale che assorbe ormai, in media nazionale, il 51% delle risorse generali destinate al SSN.

Infatti la migliore aspettativa di vita, l'invecchiamento della popolazione, il conseguente incremento dell'incidenza delle malattie croniche e degenerative che caratterizzano il nostro paese vedono l'esigenza di rafforzare e riorganizzare i sistemi di cure primarie per offrire, attraverso la forte integrazione del comparto sociale con quello sanitario, livelli di assistenza continuativa più efficaci ed adeguati a soddisfare i nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni la settimana

Il miglioramento della medicina territoriale è stato, del resto, al centro dell'evoluzione normativa di questi ultimi anni sia a livello nazionale che regionale con l'obiettivo principale di un maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dei Medici di Continuità Assistenziale (MCA) nel governo di percorsi assistenziali unitari e multidisciplinari.

In tale ottica la riorganizzazione delle cure primarie, considerata un importante ambito di rinnovamento

del SSN dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, ha consentito sia lo sviluppo e l'evoluzione delle varie tipologie di medicina associativa e di gruppo che la sperimentazione da parte di molte regioni di nuove modalità erogative delle cure primarie quali i Nuclei di Cure Primarie, le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) e la Casa della Salute per la cui sperimentazione sul territorio nazionale sono stati previsti, dalle leggi finanziarie 2007 e 2008, dei fondi dedicati.

Lo sviluppo della medicina associativa è divenuto pertanto lo strumento attuativo della programmazione sanitaria e momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel territorio per l'erogazione dei Livelli Essenziali ed appropriati di Assistenza determinando il cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale che diviene sempre di più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute.

In tale processo di trasformazione i medici e i professionisti sanitari che operano sul territorio per l'erogazione delle Cure Primarie occupano sicuramente un ruolo di primaria importanza partecipando direttamente, sulla base di quanto definito dalle Regioni, alla definizione di modelli organizzativi; all'individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo e alla definizione degli obiettivi di budget

con contemporaneo aumento di responsabilità nel governo clinico. Inoltre tale processo riorganizzativo si avvale degli strumenti informatici secondo standard condivisi definiti a livello nazionale e regionale.

Attualmente il rapporto di lavoro autonomo convenzionato, per l'esercizio delle attività professionali, tra Medici di Medicina Generale e le Aziende Sanitarie Locali, è regolato dall'Accordo Collettivo Nazionale (2005) per la disciplina dei rapporti con i MMG ai sensi dell'art. 8 del D.lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni sulla base delle determinazioni regionali in materia e relativamente ai settori di :

- assistenza primaria;
- continuità assistenziale;
- medicina dei servizi territoriali;
- emergenza sanitaria territoriale.

L'Assistenza Primaria è organizzata per ambiti territoriali, prioritariamente comunali, basandosi su un processo di comunicazione tra medico e paziente attraverso un rapporto fiduciario. Le persone iscritte negli elenchi degli assistibili della ASL hanno diritto all'assistenza medica generale (MMG o PLS) esercitando il proprio diritto di scelta tra i medici di Medicina generale iscritti in un apposito elenco disponibile presso il Distretto di appartenenza.

La Continuità assistenziale è garantita per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana dalle ASL sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi che assicura l'erogazione delle prestazioni assistenziali territoriali, non differibili, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

La Medicina dei servizi territoriali disciplina i rapporti di lavoro instaurati tra il Servizio Sanitario Nazionale e i medici della medicina dei servizi in conformità con le indicazioni della programmazione regionale, aziendale e distrettuale per l'organizzazione

delle attività sanitarie territoriali a rapporto orario per le quali non sia richiesto il titolo di specializzazione.

L'Emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente e in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e con l'atto di intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria. Le Regioni che per l'espletamento del servizio si avvalgono di personale medico convenzionato, utilizzano medici incaricati sulla base di una graduatoria regionale di settore.

Lo stesso Accordo collettivo Nazionale prevede per pazienti impossibilitati, per ragioni cliniche, a recarsi nelle sedi ambulatoriali, l'attivazione, secondo gli indirizzi e le modalità operative definite a livello regionale, l'Assistenza Domiciliare assicurata dal medico di medicina generale (MMG) attraverso forme di assistenza domiciliare quali:

- l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è realizzata mediante l'intervento integrato dei servizi e professionisti necessari, in rapporto alle specifiche esigenze di soggetti che, in condizioni di non autosufficienza parziale o totale, necessitano di un'assistenza di natura complessa e continuativa di tipo socio-sanitario, al fine di evitarne il ricovero. Si tratta di un servizio, organizzato dalle Asl in collaborazione con i Comuni, la cui attivazione viene proposta da una delle figure professionali che assistono il paziente. Il MMG ha la responsabilità clinica del paziente e predispone il programma di assistenza che deve prevedere le scadenze degli accessi di ciascun operatore interessato, i farmaci da erogare direttamente, i sussidi (pannoloni, cateteri vescicali, garze, sacche per incontinenti, etc.) ed i presidi (carrozze, letto ortopedico, materasso antidecubito, etc.) di cui il paziente ha bisogno;

- l'Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei soggetti non ambulabili (ADP) prevede che il MMG con cadenza programmata (settimanale, quindicinale o mensile) effettui visite ed altri eventuali interventi sanitari a domicilio di pazienti non ambulabili che necessitano di controlli periodici. La proposta, motivata, di attivazione viene formulata dal MMG (con precisazione del numero di accessi) e presentata al Distretto socio sanitario;
- l'Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR) nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettive si distingue in assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale ed è erogata a favore di disabili, persone con problemi psichiatrici, per-

sone affette da HIV, anziani non autosufficienti. Essa è disciplinata nell'ambito degli accordi rimessi alla trattativa regionale.

2.1.2 Presentazione e discussione dei dati

A livello nazionale, nell'anno 2007, la medicina di base è stata garantita da 46.799 MMG con una media del numero di assistiti per medico pari a 1.118. Inoltre 27.323 Medici di Medicina Generale, ovvero il 58,4%, hanno prestato la propria attività in forma associativa. Il numero totale di medici presenti sul territorio nazionale risulta complessivamente diminuita rispetto ai dati del-

Tabella 1 – Numero di medici di medicina generale (MMG) e n. di scelte per medico - distribuzione regionale - (v.a.) - Anno 2007

Regione	Totale Medici	Scelte per medico	di cui indennità per attività in forma associativa	
			N°	%
Piemonte	3.506	1.115	2.752	78,5
Valle d'Aosta	98	1.114	30	30,6
Lombardia	6.638	1.271	4.538	68,4
P.A. Bolzano	256	1.645	52	20,3
P.A. Trento	394	1.110	218	55,3
Veneto	3.609	1.155	2.667	73,9
Friuli Venezia Giulia	1.024	1.057	541	52,8
Liguria	1.412	1.014	883	62,5
Emilia Romagna	3.270	1.137	2.304	70,5
Toscana	3.081	1.046	2.103	68,3
Umbria	761	1.032	515	67,7
Marche	1.271	1.065	944	74,3
Lazio	4.899	1.013	1.890	38,6
Abruzzo	1.104	1.047	757	68,6
Molise	278	1.030	134	48,2
Campania	4.334	1.191	2.127	49,1
Puglia	3.298	1.090	2.032	61,6
Basilicata	513	1.023	362	70,6
Calabria	1.523	1.088	638	41,9
Sicilia	4.136	1.068	1.197	28,9
Sardegna	1.394	1.045	639	45,8
Italia	46.799	1.118	27.323	58,4

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

l'anno 2003 essendo passato da 47.111, a 46.799 del 2007 mentre il numero di scelte per medico ha subito un incremento di circa il 2% (Tabella 1).

La Pediatria di Libera Scelta è stata garantita da 7.638 pediatri con una media di 829 assistiti per medico. Come per la medicina di base anche in tale ambito si nota un incremento del numero medio di assistiti per PLS (di circa il 3%) che è passato dall'805 del 2003 a 829, confortato, in questo caso, da un complessivo aumento del numero totale di Pediatri di Libera Scelta che è passato da 7.358 del 2003 a 7.638. Ad un confronto delle scelte a livello regionale si passa da un minimo di 723 (733 nel 2003) della

Sardegna ad un massimo di 1.035 assistiti (887 nel 2003) della P.A. di Bolzano. Inoltre 3.637 PLS, pari al 47,6% del numero totale, hanno erogato la propria attività assistenziale in forma associativa. (Tabella 2).

Riguardo l'attività di continuità assistenziale (ex guardia medica), inoltre, nell'anno 2007 ha visto impegnati 13.109 medici titolari, con una media di 22 per 100.000 abitanti, che hanno effettuato complessivamente 16.754 visite per 100.000 abitanti per un totale di 20.746.487 ore di attività (Tabella 3).

Infine 474.567 persone hanno usufruito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con una media nazionale di 803/100.00 abitanti di cui 81,2

Tabella 2 – N° di pediatri di libera scelta (PLS) e n. di scelte per pediatra - distribuzione regionale - (v.a.) - Anno 2007

Regione	Totale Pediatri	N. scelte Pediatra	di cui indennità per attività in forma associativa	
			N°	%
Piemonte	435	870	266	61,1
Valle d'Aosta	17	742		
Lombardia	1.122	864	573	51,1
P.A. Bolzano	51	1.035	5	9,8
P.A. Trento	81	788	22	27,2
Veneto	559	937	398	71,2
Friuli Venezia Giulia	124	837	45	36,3
Liguria	174	808	82	47,1
Emilia Romagna	576	763	283	49,1
Toscana	435	819	235	54,0
Umbria	112	761	50	44,6
Marche	178	838	105	59,0
Lazio	768	782	328	42,7
Abruzzo	184	762	127	69,0
Molise	36	821	13	36,1
Campania	791	928	301	38,1
Puglia	588	814	373	63,4
Basilicata	68	788	41	60,3
Calabria	280	775	109	38,9
Sicilia	832	764	184	22,1
Sardegna	227	723	97	42,7
Italia	7.638	829	3637	47,6

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

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 3 – Attività di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) nell'anno 2007

Regione	Totale medici titolari (M.C.A.)	N. medici per 1.000 abitanti	Visite effettuate per 100.000 abitanti	Totale ore di attività
Piemonte	420	10	13.599	975.459
Valle d'Aosta	11	9	12.946	51.755
Lombardia	1.048	11	10.812	1.560.053
P.A. Bolzano	34	7	4.430	39.342
P.A. Trento	74	15	22.843	230.884
Veneto	694	15	10.690	1.028.629
Friuli Venezia Giulia	109	9	10.735	278.657
Liguria	170	11	9.509	315.317
Emilia Romagna	638	15	16.910	1.173.188
Toscana	768	21	18.217	1.177.065
Umbria	222	25	17.119	359.423
Marche	369	24	20.340	580.163
Lazio	631	11	3.383	841.127
Abruzzo	455	35	21.276	629.046
Molise	163	51	23.362	202.376
Campania	1.666	29	19.112	2.683.419
Puglia	1.003	25	15.759	1.701.149
Basilicata	441	75	22.078	709.249
Calabria	1.098	55	43.954	1.980.106
Sicilia	2.034	41	34.795	2.928.816
Sardegna	1.061	64	27.429	1.301.264
Italia	13.109	22	16.754	20.746.487

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

anziani, 8,8% malati terminali. (Tabella 4).

2.1.3 Indicazioni per la programmazione

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. In tale contesto il processo di riorganizzazione delle Cure Primarie, che è alla base del rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale attual-

mente in atto nel nostro paese, ha trovato un nuovo impulso attraverso la realizzazione delle forme aggregative delle cure primarie che facilita la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale) consentendo di garantire, con il coinvolgimento delle varie figure professionali sanitarie che operano nel territorio, la risposta assistenziale 7 giorni su 7 per 24 ore al giorno e di migliorare la qualità della risposta ai bisogni socio-sanitari.

Pertanto, anche alla luce dei dati sopra riportati, diviene fondamentale l'implementazione e l'integrazione delle prestazioni socio-assistenziali, già realizzata compiutamente in varie aree del Paese e completare, nell'ambito dell'attuazione degli accordi convenzionali con i MMG e i PLS, il proces-

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 4 – Attività Domiciliare Integrata (ADI) nell'anno 2007

Regione	Numero	x 100.000 abitanti	di cui anziani (%)	Pazienti per 1.000 residenti anziani (età >65)	di cui malati terminali (%)
Piemonte	24.300	558	71,8	17,7	16,9
Valle d'Aosta	147	118	53,1	3,1	27,2
Lombardia	81.174	850	84,8	36,6	9,2
P.A. Bolzano	683	140	66,2	5,5	
P.A. Trento	1.742	344	56,0	10,2	39,7
Veneto	73.431	1.538	81,0	64,2	6,4
Friuli Venezia Giulia	24.958	2.058	81,1	73,0	2,4
Liguria	14.829	922	93,5	32,3	3,6
Emilia Romagna	64.666	1.531	85,0	57,2	8,5
Toscana	22.122	608	81,4	21,2	13,0
Umbria	10.814	1.239	81,5	43,2	3,7
Marche	15.883	1.034	84,9	38,9	10,2
Lazio	51.877	944	79,7	38,8	5,3
Abruzzo	12.705	970	80,7	36,6	8,0
Molise	5.790	1.809	45,4	37,2	4,3
Campania	17.707	306	82,9	16,3	11,3
Puglia	13.882	341	83,3	16,2	7,1
Basilicata	6.774	1.146	75,6	43,2	18,6
Calabria	13.071	654	77,9	27,6	13,3
Sicilia	12.784	258	72,4	10,2	19,3
Sardegna	5.228	315	68,4	12,0	14,5
Italia	474.567	803	81,2	33,0	8,8

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

so di riorganizzazione delle cure primarie.

A tal fine può ritenersi di primaria importanza la definizione e l'utilizzazione di strumenti operativi quali:

- potenziare lo sviluppo della rete dei servizi di cure primarie per garantire la continuità dell'assistenza tutti i giorni della settimana, 24 ore al giorno anche attraverso la realizzazione di modalità organizzative che consentano di garantire una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza in situazioni di minore gravità, quali ambulatori per la gestione dei codici bianchi presso i PS dei presidi ospedalieri dove si registra frequentemente un iperafflusso di utenti e/o Punti di Primo Intervento in aree territoriali disagiate o prive di presidi sanitari;
- potenziare la realizzazione di forme associative per l'erogazione delle cure primarie attraverso il coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS, MCA, Medici di Specialistica ambulatoriale con le attività del distretto;
- potenziare l'integrazione ospedale-territorio attraverso la definizione di protocolli di dimissione ospedaliera concordati con le strutture territoriali al fine di consentire la tempestiva presa in carico del paziente e l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza da parte della rete territoriale;
- incrementare la costituzione, in ambito territoriale, dei punti unici di accesso (PUA) per la presa in carico delle persone fragili attraverso la

segnalazione del medico curante, del MMG, dei familiari, dei servizi sociali, dell'utente stesso;

- potenziare la definizione e l'adozione di percorsi assistenziali specifici che vedono la presa in carico della persona non autosufficiente, attraverso una valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale (Piano Individuale di Assistenza – PAI) finalizzato a tutelare la dignità della persona in ambito domiciliare (ADI) e in ambito residenziale e semiresidenziale (RSA);
- formulare linee guida e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale e nelle strutture Residenziali e Semiresidenziali i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale;
- attivazione di percorsi assistenziali che utilizzano funzioni di teleconsulto e di telemedicina anche al fine di promuovere ed alimentare flussi informativi regionali per il monitoraggio dell'assistenza territoriale;
- individuazione a livello regionale di procedure che consentano una fattiva e produttiva cooperazione interistituzionale a livello locale al fine di implementare l'integrazione funzionale tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali, accordi di programma tra i Comuni e le ASL, Piani delle

attività territoriali, etc.), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse.

Bibliografia essenziale

Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 2005, oltre a confermare le forme associative già previste (medicina in associazione, in rete, in gruppo, équipes territoriali, ecc.) ha stabilito che, in coerenza con l'accordo stato Regioni 29 luglio 2004, le Regioni prevedano, in via sperimentale e con la partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle UTAP, strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

Disegno di legge "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale", presentato dal Ministro della Salute Livia Turco e approvato, come collegato alla finanziaria, dal Consiglio dei Ministri il 16 novembre 2007.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006 -2008 tra gli elementi di rinnovamento del SSN pone la riorganizzazione delle Cure Primarie da espletarsi attraverso il sempre più crescente coinvolgimento dei MMG e PLS nel governo della domanda e di percorsi sanitari che vedono l'integrazione di molteplici figure professionali.

L'Accordo Stato Regioni nella seduta del 9 febbraio 2006 Rep. N. 2475, conferma la necessità, già sancita nel PSN 2003-2005, di organizzare meglio il territorio spostando risorse e servizi che oggi sono ancora assorbiti dagli ospedali e spostando fortemente l'attenzione sui MMG e PLS ai quali si è chiesto di intraprendere un cammino che porti al superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme aggregate ed integrate di organizzazione che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini h 24 per 7 giorni a settimana.

2.2 Sistema di emergenza ed urgenza

2.2.1 Introduzione

L'area relativa all'emergenza-urgenza sanitaria rappresenta uno dei nodi

più critici della programmazione sanitaria e si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero Servizio Sa-

nitario Nazionale. Il Sistema dell'Emergenza-Urgenza svolge in tale ambito un ruolo fondamentale, rispondendo da un lato all'immediato bisogno di assistenza sanitaria della popolazione, dall'altro ponendosi come un importante filtro ai ricoveri ospedalieri.

A seguito dell'emanazione del DPR 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, G.U. n. 76 del 31/3/92), si è assistito ad una radicale trasformazione dei Servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare il passaggio dalla tradizionale offerta di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio "Sistema di Emergenza" che vede i diversi elementi coinvolti, Pronto Soccorso (P.S.), Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione (DEA), Centrali Operative 118 (CO 118), Volontariato, tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di un obiettivo comune: garantire l'omogeneità e la continuità degli interventi assistenziali effettuati in situazioni di emergenza/urgenza.

Il Sistema territoriale 118 e il PS/DEA sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria. Il Sistema territoriale 118 opera nella fase di "allarme" garantendo il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando il tempestivo trasporto del paziente alla struttura più appropriata. Il PS/DEA opera nella fase di "risposta", per garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico del paziente, l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l'osservazione clinica, l'eventuale ricovero del paziente.

Il modello organizzativo del Sistema dell'Emergenza sanitaria risulta articolato come segue:

- sistema di allarme sanitario, dotato di numero telefonico di accesso

breve ed universale "118", in collegamento con le CO alle quali fanno capo tutte le richieste telefoniche di urgenza ed emergenza. La Centrale Operativa garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento ed attiva la risposta ospedaliera 24 ore/24;

- sistema territoriale di soccorso, costituito dai mezzi di soccorso distribuiti sul territorio: Ambulanza di soccorso di base e di trasporto, Ambulanza di soccorso avanzato, Centro mobile di rianimazione, Automedica, Eliambulanza;
- rete di servizi e presidi, rappresentata da:
 - Punti di Primo Intervento (PPI), fissi o mobili, organizzati per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasioni di manifestazioni di massa, sportive, religiose e culturali, nei quali è possibile:
 - effettuare il primo intervento medico in caso di problemi minori;
 - stabilizzare il paziente in fase critica;
 - attivare il trasporto protetto presso l'ospedale più idoneo;
- Pronto Soccorso ospedalieri (PS), che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato, oppure, nei casi più complessi, garantiscono gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della CO;
- Dipartimenti di Emergenza-Urgenza Accettazione (DEA) rappresentano un'aggregazione funzionale di Unità Operative (UO), adottano un codice comune di comportamento assistenziale, assicurano una risposta

rapida e completa. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle U.O. che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello.

2.2.2 Esposizione e valutazione critica dei dati, con eventuali confronti territoriali (regionali o europei)

In applicazione alla normativa nazionale, la fase dell'emergenza extraospedaliera del soccorso registra, dagli anni novanta ad oggi, una progressiva implementazione organizzativa fino a giungere all'attuale impianto strutturale del sistema, costituito dalle 103 Centrali Operative con il "Numero 118" attivo su tutto il territorio nazionale (Centrali Operative 118 attivate - rilevazione nazionale 2006 - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali).

Nel processo di riordino del Sistema dell'Emergenza-Urgenza, le Regioni hanno adottato condotte differenti. Solo alcune (Basilicata, Lombardia, Marche, Sardegna, Sicilia, Toscana) hanno fatto proprio il modello organizzativo indicato dalle Linee Guida n. 1/1996 (Accordo Stato-Regioni dell'11 aprile 1996 - G.U. del 17 maggio 1996, n. 114). Le altre Regioni, pur garantendo gli standard funzionali, hanno sviluppato impianti diversi.

Alle Centrali Operative è, sostanzialmente, demandato il compito di coordinare l'intervento di soccorso ed attivare la risposta ospedaliera; esse sono, di norma, organizzate su base provinciale, tuttavia, si segnalano dei casi di strutture subprovinciali (Campania), sovraprovinciali (Sicilia) e regionali (Basilicata, Molise, Valle d'Aosta). A livello nazionale il 75% delle CO opera in aree provinciali, il 13% in aree subprovinciali ed il 12% in aree sovraprovinciali. Si puntualizza, altresì, l'istituzione, presso tre regioni (Campania, Lazio, Marche), della Centrale Operativa regionale, con

funzioni di coordinamento generale del sistema. Nelle linee guida n.1/96, si indica come opportuna la collocazione delle Centrali Operative all'interno dell'area ospedaliera sede di DEA di II livello, ma solo sei regioni (Campania, Emilia Romagna, Marche, Molise, Sicilia, Umbria) hanno, chiaramente, ripreso le indicazioni nazionali.

I medici presenti nelle Centrali svolgono attività di supervisione sugli operatori di Centrale per garantire la corretta gestione delle richieste di soccorso. Nel caso in cui nell'organizzazione regionale non sia previsto il medico addetto alla CO, le funzioni di supervisione sono garantite dal medico di guardia dell'UO di P.S. del DEA di riferimento. Nelle CO del sud e delle isole si riscontra una maggior presenza del medico, in modo continuativo nelle 24 ore, rispetto alle centrali del centro e del nord. Sia i medici che gli infermieri che operano nelle Centrali possono svolgere la loro attività con rapporto di dipendenza dal servizio 118 o da altre UUOO, effettuando nel secondo caso turni in orario ordinario, straordinario o a gettone; per i medici è prevista anche la tipologia di rapporto in convenzione ex art. 63 del DPR 28 luglio 200 n. 270 (ACCN). A livello nazionale, risulta che dei medici presenti nel sistema di emergenza la maggior parte (53%) opera con rapporto di convenzione, il 47% è costituito da medici dipendenti. Gli infermieri risultano prevalentemente (84%) dipendenti del servizio 118.

Uno dei punti nevralgici del Sistema di soccorso è rappresentato dalle apparecchiature tecnologiche che devono garantire una gestione efficace degli interventi e, pertanto, devono essere affidabili e sicure. Relativamente alla telefonia, si rileva che le Centrali operative nel 67% dei casi utilizzano un sistema telefonico digitale mentre nel 33% utilizzano quello analogico. Le linee telefoniche dedicate, che rappresentano le linee di colle-

gamento diretto tra Centrale operativa e le strutture sanitarie e non sanitarie (Prefettura, CC, PS, Polizia municipale, VVFF), sono presenti nell'88% delle Centrali del nord, nel 58% del centro, nel 79% del sud e soltanto nel 17% delle centrali delle isole. Molto utilizzata risulta la telefonia cellulare per il collegamento tra mezzi di soccorso e centrale operativa. Relativamente al sistema di radiocollegamenti, il cui utilizzo è quello di favorire una comunicazione rapida, precisa e qualificata ed evitare perdite di tempo prezioso, complessivamente sul territorio nazionale è garantita una copertura media del 71% (rispettivamente 92% al Nord, 72% al Centro, 22% al Sud e 77% nelle Isole).

Nell'ambito del sistema di emergenza particolare rilevanza assume l'informazione continua e condivisa tra Sistema 118 e Rete ospedaliera, relativamente ai pazienti soccorsi, al loro stato di gravità, alla conoscenza continua della disponibilità di posti letto in area critica, tutti elementi che permettono di realizzare al meglio l'attività di soccorso indirizzando i percorsi e diminuendo i tempi di percorrenza. Ciò è reso possibile anche dall'utilizzo di sistemi informatici che, a livello nazionale, risultano presenti nel 97% delle CO Il 65% delle Centrali, in particolare, è dotato di un software gestionale unico per tutta la regione e la gestione completa dell'intervento è assicurata nell'89% delle CO, mentre l'individuazione del percorso tramite cartografia risulta presente nel 62% delle centrali. L'interconnessione informatica con i DEA di I e II livello è garantita soltanto nel 22% delle Centrali mentre la metà delle centrali dispongono di un sistema per la conoscenza della disponibilità dei posti letto in area critica.

Poco utilizzato ancora è il Sistema satellitare GPS (Global Positioning System), che consente di conoscere in tempo reale la posizione geografica dei mezzi, presente soltanto nel 39,8%

delle Centrali. Il sistema permette di ottimizzare le comunicazioni, riducendo il ricorso alla fonìa, ed è molto utile per fornire aiuto all'equipaggio nel raggiungimento del luogo dell'evento o di altra destinazione (rendez-vous con l'elicottero). Non sono disponibili, tuttavia, informazioni utili a conoscere il numero delle ambulanze su cui è posizionato.

2.2.3 Dati di attività delle Centrali Operative 118

Nel 2005, a livello nazionale, sono state registrate 13.841.182 chiamate totali entranti alle CO. Le chiamate specifiche di soccorso sanitario sono state 8.474.040. Sul totale delle chiamate di soccorso, nel 47% dei casi (3.960.211) è stato inviato un mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che, nel 32% dei casi (2.680.646), ha avuto come esito l'accesso al Pronto Soccorso.

Il 91% delle chiamate di soccorso sanitario è stato effettuato direttamente al numero 118, il restante (9%) è pervenuto attraverso altri Enti di soccorso (112, 113, 115 etc). L'alta percentuale delle chiamate di soccorso dirette al Sistema 118 dimostra che la popolazione è sufficientemente informata sull'uso del numero unico (Chiamate telefoniche ricevute dalle Centrali Operative 118 - rilevazione nazionale 2006 - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali).

In relazione soltanto alle richieste a cui è seguito l'invio del mezzo di soccorso, a livello nazionale, per l'anno 2005, emerge che nel 5% dei casi è stato assegnato il codice di gravità bianco, nel 30% il codice verde, nel 46% il codice giallo e nel 19% il codice rosso.

L'analisi per macroaree evidenzia che nel sud e nelle isole c'è una netta prevalenza dell'attribuzione dei codici gialli: 50% nel sud e 60% nelle isole (Percentuale codici di gravità assegnati dalle CO 118 agli interventi effet-