

tuati - rilevazione nazionale 2006 - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali).

Le Centrali Operative per garantire un'efficace gestione del soccorso nel più breve tempo possibile devono disporre di mezzi di soccorso, distribuiti in modo strategico sul territorio di competenza e adeguati al tipo di intervento. Il numero di mezzi per tipologia è estremamente variabile nelle diverse regioni (si stima un numero complessivo di circa 5.000 mezzi a disposizione dei Sistemi di Emergenza). Dai dati SIS del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, per l'anno 2007 (Tabella 1), risultano in carico alle strutture sanitarie 1.232 ambulanze di tipo "A" (mezzo di soccorso avanzato con o senza medico), 1.010 sono le ambulanze di tipo B (mezzo di soccorso di base o di trasporto), i centri mobili di rianimazione (con medico anestesista rianimatore a bordo) risultano 329. Il personale che vi opera è rappresentato da medici, infermieri professionali, autisti/soccorritori e, ove disponibile, personale volontario/soccorritore, tutti, ai vari livelli, formati ed addestrati all'emergenza sanitaria. Molto rilevante è l'apporto sul territorio del volontariato, sia con mezzi di soccorso che con personale.

La scelta di utilizzare l'elisoccorso viene effettuata quando l'intervento con il mezzo aereo risulta essere il più idoneo come risposta ad un codice di valutazione. La disponibilità di un elicottero di soccorso permette di trasportare un'équipe altamente specializzata in luoghi distanti nei quali i mezzi medicalizzati impiegherebbero molto tempo e permette di ricoverare il paziente critico nell'ospedale idoneo con minore disagio per il paziente. Si distinguono due tipologie di intervento:

- Intervento Primario: trasporto del paziente dal luogo dell'evento all'ospedale più idoneo;
- Intervento Secondario: trasporto del paziente da un ospedale di livel-

lo inferiore (es. DEA di I) ad uno di livello superiore (es. DEA di II).

Nell'anno 2005 a livello nazionale sono stati effettuati in totale 28.708 interventi di elisoccorso di cui 21.346 primari e 7.362 secondari, e tale attività rappresenta lo 0,7% del totale degli interventi di soccorso.

L'evoluzione del modello di risposta ad eventi di maxiemergenza ed il cambiamento dello scenario internazionale, relativamente al pericolo di attacchi terroristici, hanno comportato un livello di attenzione maggiore nell'ambito del sistema d'emergenza. Quasi tutte le Centrali Operative (87%) hanno predisposto protocolli organizzativi interni per la gestione delle maxiemergenze e nella maggior parte sono presenti anche protocolli operativi per il coordinamento delle attività di soccorso sanitario con la componente ospedaliera e con gli altri enti di soccorso. Nel 77% delle Centrali Operative il personale ha seguito corsi di formazione per l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale.

Per ciò che attiene i Punti di Primo Intervento (PPI), la gran parte delle regioni ha previsto questa articolazione operativa all'interno del Sistema di emergenza. Caratteristica diffusa è la loro collocazione presso i presidi ospedalieri anche se sono previsti PPI territoriali (Emilia Romagna) situati in sedi o strutture prive di altre risorse mediche ed infermieristiche, e PPI stagionali/occasionali (Abruzzo, Basilicata, Lazio, Liguria, Lombardia, Veneto), con postazioni fisse o mobili.

L'ulteriore livello considerato è quello relativo al Pronto Soccorso. Questa struttura garantisce, in linea generale, gli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza, attraverso un organico autonomo ed è, in prevalenza, articolata in Servizi (Calabria, Lazio, Lombardia, Puglia, Sicilia, P.A. di Bolzano); è doveroso, tuttavia, precisare che alcune regioni hanno adottato il modello dell'Unità Operativa (Abruzzo, Marche, Veneto e P.A. di Trento).

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

Tabella 1 – Strutture di ricovero pubbliche - Servizi per le emergenze – Anno 2007

Regione	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Pronto Soccorso Pediatrico	
	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture
Piemonte	27	67,5	30	75,0	25,0	27
Valle d'Aosta	1	100,0	1	100,0	1	100,0
Lombardia	39	62,9	44	71,0	24	38,7
P.A. Bolzano	2	28,67	100,0	1	14,3	5
P.A. Trento			7	70,0	1	10,0
Veneto	24	61,5	29	74,4	4	10,3
Friuli Venezia Giulia	9	52,9	11	64,7	2	11,8
Liguria	9	50,0	14	77,8	4	22,2
Emilia Romagna	23	85,2	25	92,6	4	14,8
Toscana	34	81,0	33	78,6	2	4,8
Umbria	6	54,5	9	81,8		
Marche	15	45,5	28	84,8	1	3,0
Lazio	26	33,3	54	69,2	6	7,7
Abruzzo	13	59,1	20	90,9	13	59,1
Molise	4	57,1	5	71,4		
Campania	30	54,5	47	85,5	19	34,5
Puglia	20	52,6	35	92,1	1	2,6
Basilicata	3	30,0	7	70,0		
Calabria	15	40,5	33	89,2	2	5,4
Sicilia	24	33,8	65	91,5	7	9,9
Sardegna	9	25,7	26	74,3	5	14,3
<b>Italia</b>	<b>333</b>	<b>50,5</b>	<b>530</b>	<b>80,3</b>	<b>86</b>	<b>13,0</b>

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

La gran parte delle Regioni ha previsto l'istituzione di posti letto finalizzati all'osservazione e stabilizzazione dei pazienti (Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Puglia, Umbria, Veneto, P.A. di Trento). Le Regioni Emilia Romagna e Umbria hanno attivato anche l'area della Medicina d'urgenza. La maggior parte delle regioni sono dotate di DEA di I e II livello (tranne Umbria, Valle d'Aosta che hanno previsto un solo DEA), anche se sussistono alcune peculiarità. In Lombardia, ad es. sono stati istituiti i Dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione di Alta Specializzazione (EAS), in Sicilia i Dipartimenti di Emergenza, rispettivamente di I e II livello, sono denominati

di II e III livello, pur avendo caratteristiche identiche alla classificazione riportata nelle linee guida ministeriali.

La maggior parte delle Regioni (ad eccezione di Campania, Molise, Sardegna e Veneto per cui non è stato possibile reperire informazioni) e le Province Autonome, hanno adottato, anche se con tempi e modalità differenti, il Sistema "triage", quale strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati ad un servizio per acuti. Le Regioni hanno, perciò, uniformato i sistemi di risposta all'emergenza-urgenza ai criteri generali contenuti nelle Linee guida emanate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano del 25 ottobre 2001, in

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

Centro di Rianimazione		Ambulanze di Tipo "A"		Ambulanze Pediatriche	Ambulanze Trasporto Emergenza	Ambulanze di tipo "B"	Unità Mobili di Rianimazione
Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture				
27	67,5	29	44,8	3		54	12
1	100,0						
44	71,0	80	3,8		10	76	43
5	71,4						
2	20,0	150	2,0			51	
26	66,7	134	25,4		2	81	30
7	41,2	26	3,8			9	2
11	61,1	143		3	1	38	37
21	77,8	156	17,3	1	2	40	5
28	66,7	137	32,1	6		147	20
6	54,5	37	62,2	1		35	4
14	42,4	32	59,4	1		23	13
37	47,4	30	40,0	8	2	61	7
13	59,1	31	58,1		1	25	12
5	71,4	4			2	6	3
39	70,9	49	34,7	3	5	117	21
22	57,9	76	32,9	4	2	86	33
6	60,0	4	25,0	1		16	8
11	29,7	32	59,4	1		16	10
35	49,3	51	17,6	2	5	89	52
18	51,4	31	9,7	1	1	40	17
378	57,3	1.232	22,0	35	33	1.010	329

tema di triage (Accordo Stato Regioni del 25 ottobre 2001-G.U. del 7 dicembre 2001, n. 285). Il triage pediatrico è presente negli ospedali pediatrici ma deve essere implementato negli ospedali generali risultando attuato non sempre e con diversità tra regione e regione.

Relativamente ai Servizi per le Emergenze, nell'anno 2007, risultano presenti sul territorio nazionale 569 servizi di PS, di cui 530 presso strutture di ricovero pubbliche e 39 presso strutture private accreditate. I Dipartimenti di Emergenza e Accettazione attivi sono complessivamente 348, di cui 333 collocati presso strutture di ricovero pubbliche e 15 presso strutture private accreditate. Sono stati rilevati, inoltre, 378 centri di rianimazione in strutture pubbliche e 45 in strutture accreditate.

nimazione in strutture pubbliche e 45 in strutture accreditate.

Riguardo ai servizi di emergenza pediatrici, si evidenzia che sul totale delle strutture sanitarie sono presenti 87 PS pediatrici, di cui soltanto uno in strutture private accreditate. Le Regioni dove tali servizi sono presenti in maggior numero sono la Lombardia con 24 e la Campania con 19. In 4 Regioni, Umbria, Abruzzo, Molise e Basilicata, non risultano presenti servizi di PS pediatrici. Inoltre, in ambito pubblico, risultano 35 ambulanze pediatriche e 33 ambulanze dedicate al trasporto neonatale. Da rilevare che soltanto nella regione Campania sono presenti, presso strutture private accreditate, ambulanze attive per il trasporto pediatrico (una) e

Tabella 2 – Case di cura accreditate – Servizi per le emergenze - Anno 2007

Regione	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Pronto Soccorso Pediatrico	
	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture
Piemonte						
Lombardia	6	8,7	15	21,7	1	1,45
P.A. Bolzano						
P.A. Trento						
Veneto						
Friuli Venezia Giulia			1	20,0		
Liguria						
Emilia Romagna						
Toscana						
Umbria						
Marche			1	7,7		
Lazio	1	1,4	4	5,8		
Abruzzo						
Molise						
Campania	6	8,8	15	22,1		
Puglia	1	2,7	1	2,7		
Basilicata						
Calabria			1	2,6		
Sicilia	1	1,6	1	1,6		
Sardegna						
<b>Italia</b>	<b>15</b>	<b>2,8</b>	<b>39</b>	<b>7,2</b>	<b>1</b>	<b>0,18</b>

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

per il trasporto neonatale (tre). Il Lazio e la Toscana sono le Regioni con il maggior numero di ambulanze pediatriche, rispettivamente 8 e 6, mentre in Lombardia si registra il maggior numero di ambulanze dedicate al trasporto neonatale (dieci). (Tabelle 1 e 2 - dati SIS - servizi per le emergenze-strutture di ricovero pubbliche e case di cura accreditate - anno 2007).

Per quanto concerne i dati relativi all'attività delle strutture con P.S., pubbliche e private accreditate, si evidenzia che nel 2007 sono stati registrati 364 accessi al PS ogni 1.000 abitanti, dei quali il 17,3% ha originato il ricovero. Riguardo la percentuale di ricoveri, il valore più basso si riscontra nella Regione Piemonte, con l'11,9%, mentre quello più alto nella Regione

Molise con il 34,9%. Inoltre, il maggior numero di accessi (574) si riscontra nella P.A. di Bolzano, a fronte di una percentuale (14,9) di ricoveri inferiore alla media nazionale (17,3). Il minor numero di accessi (281) viene rilevato nella Regione Basilicata.

Per l'anno 2007, relativamente all'attività pediatrica effettuata dalle strutture di emergenza, si registrano 131 accessi per 1.000 abitanti (0-18 anni), dei quali il 10,6% ha originato il ricovero. Il numero di accessi più elevato (308) si registra nella Regione Valle D'Aosta ed il minor numero (56) nella Regione Calabria. Riguardo la percentuale di ricoveri, il valore più basso (3,1%) si riscontra nella Regione Friuli Venezia Giulia, mentre quello più alto nella regione Puglia con il 22,8%. Non

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

Centro di Rianimazione		Ambulanze di Tipo "A"		Ambulanze Pediatriche	Ambulanze Trasporto Emergenza	Ambulanze di tipo "B"	Unità Mobili di Rianimazione
Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture				
3,3	7,3						
13	18,8	2				5	
1	20,0	2					
1	25,0						
5	10,9	2					
1	3,6						
1	7,7						
3	4,3	4	50,0			5	
4	30,8	1					5
1	33,3						
9	13,2	9	55,6	1	3	3	5
1	2,7					6	
		5	100,0			2	2
1	1,6					1	
1	8,3						
45	8,3	25	48,0	1	3	22	12

sono pervenuti i dati di attività relativi alla P.A. di Bolzano. (Tabelle 3 e 4 dati SIS-attività di PS e di PS pediatrico-strutture di ricovero pubbliche e case di cura accreditate-anno 2007).

La rilevazione concernente la remunerazione dell'attività di emergenza-urgenza presenta numerose lacune, soprattutto in ragione della difficoltà di reperire le informazioni e della differente condotta che le regioni hanno assunto nella determinazione del sistema di remunerazione. Dallo studio è emerso che le Regioni privilegiano il finanziamento a prestazioni sebbene, in molti casi, sono previste ulteriori integrazioni determinate da:

- quote forfettarie (proporzionali ai valori dei ricoveri per acuti) (Lazio);
- finanziamenti legati alla funzione (Lombardia);

- maggiorazioni sui ricoveri eseguiti (Toscana).

La Regione Calabria utilizza il finanziamento a prestazione per le sole Aziende Ospedaliere, mentre prevede un finanziamento compreso nella quota capitaria per le Aziende USL. Quest'ultima forma di finanziamento è quella prescelta anche dalle Regioni Emilia Romagna e Sicilia, nonché dalla P.A. di Bolzano. Un fondo specifico per il Pronto Soccorso, che corrisponde al costo complessivo risultante dall'analisi organizzativa, è previsto in Liguria. Tale fondo è stato ripartito in base agli accessi e ad altri specifici criteri. Un ultimo dato da considerare è l'utilizzo di una remunerazione stabilita in maniera forfettaria in base a criteri di complessità che vengono

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

Tabella 3 – Attività di pronto soccorso delle strutture di ricovero pubbliche e delle case di cura private accreditate - Anno 2007

Regione	Numero pazienti				% di ricoverati	N° accessi x 1.000 abitanti
	ricoverati	non ricoverati	deceduti	totale		
Piemonte	162.436	1.203.594	1.812	1.367.842	11,9	314
Valle d'Aosta	7.689	35.168	29	42.886	17,9	344
Lombardia	504.961	2.891.128	4.198	3.400.287	14,9	356
P.A. Bolzano	41.852	238.187	65	280.104	14,9	574
P.A. Trento	23.324	169.257	130	192.711	12,1	380
Veneto	258.170	1.613.473	2.118	1.873.761	13,8	393
Friuli Venezia Giulia	60.050	309.867	331	370.248	16,2	305
Liguria	110.555	527.589	620	638.764	17,3	397
Emilia Romagna	251.130	1.461.242	1.631	1.714.003	14,7	406
Toscana	153.398	886.217	1.281	1.040.896	14,7	286
Umbria	57.207	281.568	196	338.971	16,9	388
Marche	71.063	436.792	579	508.434	14,0	331
Lazio	409.217	1.591.375	3.156	2.003.748	20,4	365
Abruzzo	100.677	407.277	305	508.259	19,8	388
Molise	48.410	90.366	84	138.860	34,9	434
Campania	405.350	1.857.063	941	2.263.354	17,9	391
Puglia	367.202	1.062.504	876	1.430.582	25,7	352
Basilicata	39.876	126.275	120	166.271	24,0	281
Calabria	191.071	644.560	429	836.060	22,9	418
Sicilia	360.588	1.572.973	1.070	1.934.631	18,6	386
Sardegna	93.923	373.508	244	467.675	20,1	282
<b>Italia</b>	<b>3.718.149</b>	<b>17.779.983</b>	<b>20.215</b>	<b>21.518.347</b>	<b>17,3</b>	<b>364</b>

N.B. L'attività di pronto soccorso può comprendere anche quella di accettazione.

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

periodicamente aggiornati in Friuli Venezia Giulia, mentre in Piemonte è adottato un finanziamento a budget per quanto attiene i costi fissi oltre ad una maggiorazione delle tariffe DRG e una valorizzazione delle prestazioni per accessi non seguiti da ricovero.

Gran parte delle regioni segnalano l'esigenza di istituire percorsi formativi e di aggiornamento per il personale impiegato nella gestione dell'emergenza. Le tipologie professionali coinvolte sono medici, infermieri, soccorritori. Per i DEA pediatrici e i PS pediatrici è fondamentale la figura dell'infermiere pediatrico preparata specificatamente alle tematiche specialistiche della pediatria e dell'accoglienza e alla sensibilizzazione sui rischi infettivi e su alcuni problemi assistenziali (es. maltrattamento).

#### 2.2.4 Indicazioni per la programmazione

Nonostante l'importanza del ruolo svolto e delle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il Sistema dell'Emergenza-urgenza si presenta ancora frazionato nei singoli ambiti regionali, frequentemente tra loro non coordinati, e risulta essere utilizzato spesso in modo inappropriato. Basti pensare come, nel corso degli anni, la numerosità degli accessi al Pronto Soccorso sia progressivamente aumentata, determinando spesso situazioni di sovrappollamento delle strutture e disagi per gli utenti. L'inappropriatezza risulta evidente ove si consideri che solo ad una ridotta proporzione degli accessi in PS segue il ricovero,

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

Tabella 4 – Attività di pronto soccorso pediatrico delle strutture di ricovero pubbliche e delle case di cura private accreditate

Regione	Numero pazienti				% di ricoverati	N° accessi x 1.000 abitanti
	ricoverati	non ricoverati	deceduti	totale		
Piemonte	6.748	65.054	30	71.832	9,4	110
Valle d'Aosta	708	5.402	–	6.110	11,6	308
Lombardia	35.208	358.195	10	393.413	8,9	251
P.A. Bolzano	–	–	–	–	–	–
P.A. Trento	839	16.120	–	16.959	4,9	183
Veneto	3.689	47.972	4	51.665	7,1	65
Friuli Venezia Giulia	832	26.168	–	27.000	3,1	153
Liguria	5.215	54.494	–	59.709	8,7	276
Emilia Romagna	4.310	61.187	1	65.498	6,6	103
Toscana	3.932	43.784	1	47.717	8,2	89
Umbria	–	–	–	–	–	–
Marche	1.590	25.913	1	27.504	5,8	113
Lazio	14.824	85.263	12	100.099	14,8	109
Abruzzo	–	–	–	–	–	–
Molise	–	–	–	–	–	–
Campania	30.058	185.906	46	216.010	13,9	176
Puglia	7.457	25.307	1	32.765	22,8	42
Basilicata	–	–	–	–	–	– <sup>a</sup>
Calabria	4.568	16.348	3	20.919	21,8	56
Sicilia	16.235	136.701	4	152.940	10,6	155
Sardegna	3.966	27.677	–	31.643	12,5	121
<b>Italia</b>	<b>140.179</b>	<b>1.181.491</b>	<b>113</b>	<b>1.321.783</b>	<b>10,6</b>	<b>131</b>

N.B. L'attività di pronto soccorso pediatrico può comprendere anche quella di accettazione.

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

ed una elevata proporzione di casi presenta problemi non gravi o urgenti, trattabili in modo efficace in altre strutture.

È necessario, pertanto:

- allestire percorsi alternativi al P. S. con l'eventuale istituzione di ambulatori gestiti da Medici di Medicina Generale che garantiscono una risposta sanitaria a problematiche non di emergenza-urgenza possibilmente 24ore/24, con la possibilità di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche. Per quanto riguarda la pediatria al momento si ritiene non indispensabile l'attività nelle ore notturne in quanto i codici bianchi risultano essere pochi; mentre è necessaria una attivazione del sistema dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni della settimana;
- attivare nei P. S. con più di 25.000

accessi annui, laddove non è stato effettuato, un sistema di triage infermieristico, modello globale, con applicazione uniforme dei codici colore già identificati nella normativa vigente (bianco, verde, giallo, rosso) e con sistemi di informazione all'utenza sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde). Negli ospedali pediatrici è fondamentale, nell'attesa di un potenziamento territoriale, prevedere un unico triage ma percorsi differenziati tra i pazienti critici e acuti e i pazienti con codici bianchi e verdi a basso rischio. Il coordinamento delle strutture, in questo caso, deve essere a carico della pediatria ospedaliera e devono essere garantite distinte sale di attesa per le due differenti categorie di pazienti.

Lo strumento ritenuto necessario

per ridurre ricoveri e dimissioni improprie è rappresentato dall'Osservazione Breve Intensiva (OBI), funzione che va differenziata da quella del reparto di Medicina d'Urgenza. L'OBI è un'area, possibilmente adiacente al Pronto Soccorso, ove i pazienti possono sostare in attesa della definizione diagnostica e per un'ulteriore osservazione clinica intensiva, di norma per non più di 24 ore. Diversi studi indicano la necessità di 1 letto di OBI ogni 4.000-8.000 accessi in Pronto Soccorso. La permanenza in OBI a cui non segue il ricovero (di norma nel 70-80% dei pazienti osservati) deve essere rimborsata in quota prestabilita o a prestazione.

Oggetto di particolare attenzione è la formazione degli operatori, in origine non uniforme, e nel cui ambito sono stati fatti notevoli progressi rispetto alla omogeneizzazione e al livello di qualità. Dovranno, tuttavia, essere meglio definiti i percorsi formativi specifici per le figure professionali del Medico (in attesa dei primi specialisti del Corso di Specializzazione in "Medicina d'Emergenza-Urgenza"), dell'Infermiere (attraverso master di specializzazione e corsi di perfezionamento) e del Soccorritore, sia esso volontario o dipendente.

Altro obiettivo è la realizzazione di reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale quale la rete per la patologia cardiovascolare, cerebro-vascolare, traumatologica, in armonia con la rete dei DEA e con

l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

La priorità assoluta è sicuramente la completa integrazione tra DEA e Sistema territoriale 118 al fine di garantire la continuità dell'assistenza.

Elemento non da trascurare è il ruolo fondamentale svolto dal Sistema dell'emergenza nella prevenzione ed educazione della popolazione, sia per quanto riguarda il corretto accesso ai servizi che per quanto attiene alla prevenzione di alcuni eventi patologici ad alta diffusione, come i traumi della strada o gli incidenti domestici.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite nel momento in cui il sistema di acquisizione dei dati, previsto dal DM 17 dicembre 2008 "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (GU n. 9 del 13 gennaio 2009), andrà a regime.

### **Bibliografia essenziale**

Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale Portale del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - dati SIS 2006.

Piano per il miglioramento del Sistema di emergenza/urgenza.

Progetto mattoni 118 e PS.

Sistema di emergenza sanitaria territoriale 118 Rilevazione Nazionale Anno 2006- Min salute.

## **2.3 Assistenza ospedaliera**

### **2.3.1 Introduzione**

L'assistenza ospedaliera costituisce un aspetto cardine dell'assistenza sanitaria del Paese, richiedendo un forte impiego di risorse umane, tecnologiche e finanziarie. Per questa ragione il pro-

cesso di riforma del SSN, avviato negli anni novanta, ha posto come obiettivo prioritario il processo di ammodernamento e di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera. La rapida trasformazione della struttura demografica della popolazione, con un costante

incremento della popolazione anziana (65 anni e oltre) rispetto a quella di età inferiore a 15 anni (l'indice di vecchiaia ha ormai raggiunto il 142,6 per cento), ha inoltre determinato un profondo cambiamento nello stato di salute della popolazione, creando nuovi bisogni sanitari ed assistenziali.

Con l'ammodernamento e la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera si intende indirizzare questa forma di assistenza verso attività di alta specializzazione, che richiedono l'utilizzo di moderne, sofisticate ed alte tecnologie. L'ambito di attività è teso a privilegiare i percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie acute, che rappresentano, dal punto di vista sanitario-assistenziale, casistiche di maggiore complessità. L'adozione di nuove metodologie di diagnosi e trattamenti terapeutici rappresentano le best practices cliniche, basate sulle evidenze scientifiche al momento disponibili. Il processo intrapreso promuove la individuazione di centri di eccellenza in grado di riqualificare l'offerta del servizio reso ed un sempre più efficace collegamento con i presidi sanitari nei diversi nodi del processo assistenziale. In tal modo si configura e garantisce una rete di integrazione tra servizi resi a livello ospedaliero con quelli resi a livello di cure primarie e distrettuali. Una risposta più efficace ed efficiente al crescente aumento delle patologie cronico degenerative, caratteristiche di una popolazione prevalentemente anziana, che necessita di continuità assistenziale, da garantire con una integrazione dei servizi preposti alle varie forme di assistenza, ivi inclusa l'assistenza socio-sanitaria.

L'attuale sviluppo tecnologico ospedaliero con il conseguente incremento vertiginoso dei costi impone una concentrazione dell'offerta ospedaliera di alta specialità in strutture dislocate sul territorio, che rappresentino poli ospedalieri di riferimento regionali e nazionali. Tali strutture rappresentano i nodi di una rete che si sviluppa sia in senso orizzontale, connettendo centri con

pari specialità e competenza, sia in verticale, verso ospedali e servizi territoriali a minore complessità e/o a differente competenza. In tal modo, oltre ad assicurare coerenza e continuità al percorso assistenziale, si dà massima valorizzazione alle diverse parti che compongono il servizio sanitario. Un ruolo particolare è quello che riveste la rete dell'emergenza-urgenza, con le sue interconnessioni con la rete per il trauma, le grandi ustioni, la neuroriabilitazione, la rete dei trapianti e delle malattie rare.

Con il DPCM del 29/11/2001, che ha definito i livelli di assistenza da erogare a garanzia e tutela della salute della popolazione, è stata introdotta una sfida all'appropriatezza organizzativa ospedaliera, individuando 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario, anziché erogarli nell'ambito di più appropriati setting assistenziali. Tra i DRG ad alto rischio di inappropriatezza vi sono 17 DRG chirurgici che, grazie all'evoluzione delle pratiche anestesologiche, hanno consentito negli ultimi anni di erogare in regime diurno varie prestazioni, prima effettuabili esclusivamente in regime di ricovero ordinario. Tali sviluppi, assieme ad una maggiore appropriatezza e al potenziamento, in alcune Regioni, dell'assistenza domiciliare integrata e della residenzialità, portano ad una diminuzione dei ricoveri in regime ordinario a vantaggio di un incremento dei ricoveri in regime diurno.

La riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera prevede, come obiettivo da raggiungere gradualmente, la razionalizzazione della rete ospedaliera, fissando standard sui posti letto e sul tasso di ospedalizzazione.

A questo proposito l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 fissa uno standard di posti letto accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie. Inoltre le Regioni si sono impegnate ad adottare idonei provvedi-

menti per favorire il potenziamento di setting assistenziali, quali il day hospital, day surgery ed il day service alternativi al ricovero in regime ordinario.

Nell'intesa è stato anche previsto, quale parametro di riferimento complessivo per degenza ordinaria e day hospital, il tasso di ospedalizzazione pari a 180 per mille residenti, di cui il 20% circa in regime diurno.

Si rileva a tal proposito una graduale riduzione del tasso di ospedalizzazione nel corso degli ultimi anni. Nel 2007 è stato stimato un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 199 per mille residenti, in diminuzione rispetto al biennio precedente, in cui il tasso raggiungeva il valore di 211 per mille nel 2006 e 213 per mille nel 2005. In particolare la riduzione del tasso di ospedalizzazione riguarda i ricoveri in regime ordinario, favorendo al contempo i ricoveri diurni, con conseguente incremento del relativo tasso di ospedalizzazione. Si stima che nel 2007 il tasso di ricovero per acuti in regime diurno abbia raggiunto il valore di 65 per mille residenti, con un incremento del 5 per mille rispetto all'anno precedente.

Una descrizione sintetica sulla complessità della casistica clinica trattata a livello ospedaliero è data dall'indice di case mix, che non presenta significativi cambiamenti negli ultimi anni di attività ospedaliera esaminati. In particolare la casistica trattata risulta prevalentemente più complessa nelle regioni del centro-nord, dove sono più frequentemente presenti centri ospedalieri di eccellenza e di riferimento per l'intera popolazione italiana.

Si stima che a livello nazionale la percentuale dei casi complicati, ossia caratterizzati da DRG con complicanze sul totale dei casi afferenti a DRG omologhi, con e senza complicazioni e/o comorbidità, sfiora il 30%. Anche in questo caso non si osservano significativi scostamenti nei valori rilevati a livello regionale negli ultimi anni esaminati, con valori massimi, superiori alla media nazionale in Piemonte, Valle

d'Aosta, Liguria e Basilicata e minimi in Campania. La degenza media, quale indicatore sintetico dell'efficienza ospedaliera, si è stabilizzata, a livello nazionale, intorno a 6,7 giorni nei reparti per acuti con una considerevole variabilità a livello regionale.

### 2.3.2 Presentazione e discussione dei dati

Per l'assistenza ospedaliera il SSN si avvale di 1.198 istituti di cura, di cui 656 pubblici ed equiparati, corrispondenti al 55%, e 542 case di cura private accreditate, che rappresentano il 45% del totale degli istituti (Tabella 1).

A livello nazionale circa il 41% delle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate presentano medie dimensioni, in termini di dotazione di posti letto per ricoveri in regime ordinario. Il 32% presenta una dotazione inferiore ai 120 posti letto e tali strutture sono prevalentemente presenti in alcune regioni del centro e nelle regioni del sud. Le restanti strutture del centro-nord presentano prevalentemente medie dimensioni. Complessivamente, a livello nazionale, la dotazione media è di 319 posti letto per struttura. Si ha una concentrazione di strutture, con dotazione di posti letto superiore a 400, in Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria ed Emilia Romagna.

Vi sono a livello nazionale 3,8 posti letto per mille abitanti nei reparti per acuti, considerando complessivamente tutte le strutture di cui si avvale il SSN. Si rileva una dotazione di posti letto per acuti superiori a 5 per mille abitanti in Molise, mentre in Piemonte e Campania la dotazione di posti letto è inferiore a 3,5 per mille, che costituiscono i valori minimi della distribuzione (Tabella 2).

Per quanto riguarda il ricorso alle strutture accreditate, questo è nullo o quasi in Valle d'Aosta, Liguria, Basilicata e nella P.A. di Bolzano.

In Calabria la dotazione di posti letto per acuti non si differenzia com-

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

Tabella 1 – Istituti di ricovero pubblici ed equiparati per classi di posti letto e dimensione media delle strutture (dati provvisori) – Anno 2007

Regione	Numero istituti pubblici per classi di posti letto			Dimensione media (posti letto)
	120	121 - 400	> 400	
Piemonte	7	16	17	381
Valle d'Aosta	-	-	1	472
Lombardia	7	21	33	571
P.A. Bolzano	3	3	1	272
P.A. Trento	5	3	2	206
Veneto	9	10	20	482
Friuli Venezia Giulia	5	9	3	276
Liguria	6	2	10	393
Emilia Romagna	2	10	15	608
Toscana	14	14	14	312
Umbria	2	7	2	274
Marche	20	11	2	167
Lazio	29	36	13	265
Abruzzo	7	11	4	234
Molise	1	5	1	252
Campania	15	30	10	270
Puglia	4	26	8	363
Basilicata	4	5	1	230
Calabria	23	10	4	151
Sicilia	33	26	12	229
Sardegna	14	14	4	190
<b>Italia</b>	<b>210</b>	<b>269</b>	<b>177</b>	<b>319</b>

Nota: Sono state considerate tutte le tipologie di posti letto (day hospital, day surgery, degenza ordinaria e degenza ordinaria a pagamento) rilevate attraverso il modello HSP.12. Per due strutture della Regione Friuli Venezia Giulia non sono stati inviati i dati per l'anno 2007: per tali strutture sono stati considerati gli ultimi dati disponibili.

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

plessivamente da quella rilevata a livello nazionale, ma presenta un considerevole ricorso alla dotazione di posti letto delle strutture accreditate, pari a 1,2 posti letto per mille abitanti.

La dotazione di posti letto per reparti di riabilitazione e lungodegenza è, a livello nazionale, di 0,6 posti letto per mille abitanti. Per questa tipologia di attività ospedaliera vi è un notevole ricorso alle strutture accreditate, tanto che la dotazione di posti letto si equivale tra quella offerta dalle strutture pubbliche ed equiparate e quella delle case di cura accreditate.

Anche per questo tipo di attività

ospedaliera il ricorso all'accreditamento è nullo o quasi in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Basilicata.

Nei reparti ospedalieri di riabilitazione e lungodegenza sono inclusi i reparti di unità spinali, neuro-riabilitazione ed i reparti per cure palliative, ovvero hospice.

Per le discipline ospedaliere per non acuti si rileva una dotazione di posti letto quasi doppia rispetto a quanto rilevato a livello nazionale nella P.A. di Trento, nel Lazio e Molise.

I dati di attività ospedaliera consentono di valutare le differenze regionali sul ricorso all'assistenza ospedaliera.

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

Tabella 2 – Posti letto (\*) nelle strutture pubbliche, equiparate ed accreditate (per 1.000 abitanti) (dati provvisori) – Anno 2007

Regione	Posti letto per acuti			Posti letto per non acuti		
	Pubblici	Accreditati	Totale	Pubblici	Accreditati	Totale
Piemonte	3,036	0,392	3,428	0,465	0,439	0,904
Valle d'Aosta	3,782	0,000	3,782	0,000	0,000	0,000
Lombardia	3,158	0,522	3,680	0,491	0,339	0,830
P.A. Bolzano	3,746	0,135	3,882	0,152	0,443	0,595
P.A. Trento	3,384	0,217	3,601	0,684	0,724	1,408
Veneto	3,422	0,181	3,603	0,518	0,089	0,607
Friuli Venezia Giulia	3,606	0,449	4,055	0,259	0,049	0,308
Liguria	4,049	0,049	4,099	0,350	0,065	0,415
Emilia Romagna	3,368	0,512	3,880	0,517	0,413	0,930
Toscana	3,437	0,388	3,826	0,166	0,173	0,339
Umbria	3,243	0,267	3,510	0,215	0,037	0,252
Marche	3,322	0,355	3,677	0,266	0,257	0,523
Lazio	3,465	0,633	4,098	0,299	0,850	1,149
Abruzzo	3,717	0,638	4,354	0,217	0,399	0,615
Molise	4,830	0,366	5,196	0,684	0,366	1,050
Campania	2,477	0,847	3,323	0,089	0,257	0,346
Puglia	3,100	0,521	3,621	0,293	0,141	0,433
Basilicata	3,462	0,095	3,556	0,435	0,000	0,435
Calabria	2,738	1,211	3,948	0,067	0,446	0,514
Sicilia	3,024	0,861	3,885	0,210	0,068	0,279
Sardegna	3,608	0,700	4,308	0,047	0,110	0,157
<b>Italia</b>	<b>3,219</b>	<b>0,543</b>	<b>3,762</b>	<b>0,325</b>	<b>0,303</b>	<b>0,628</b>

(\*) I posti letto per acuti non comprendono le seguenti discipline ospedaliere considerate per non acuti: 22 - Residuale manicomiale, 28 - Unità spinale, 56 - Recupero e riabilitazione funzionale, 60 - Lungodegenti, 75 - Neuro-riabilitazione, 99 - Cure palliative/hospice

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

In particolare vengono qui rappresentati graficamente i tassi regionali di ospedalizzazione, relativi ai ricoveri per acuti, in regime ordinario e diurno. Per un corretto confronto tra i tassi rilevati a livello regionale è stata utilizzata la procedura di standardizzazione, prendendo a riferimento la popolazione italiana al Censimento 2001. In tal modo sono stati depurati i tassi grezzi dalla differente composizione per età esistente nelle singole regioni. Il grafico presenta a livello regionale il tasso di ospedalizzazione, tenendo conto della diversa modalità

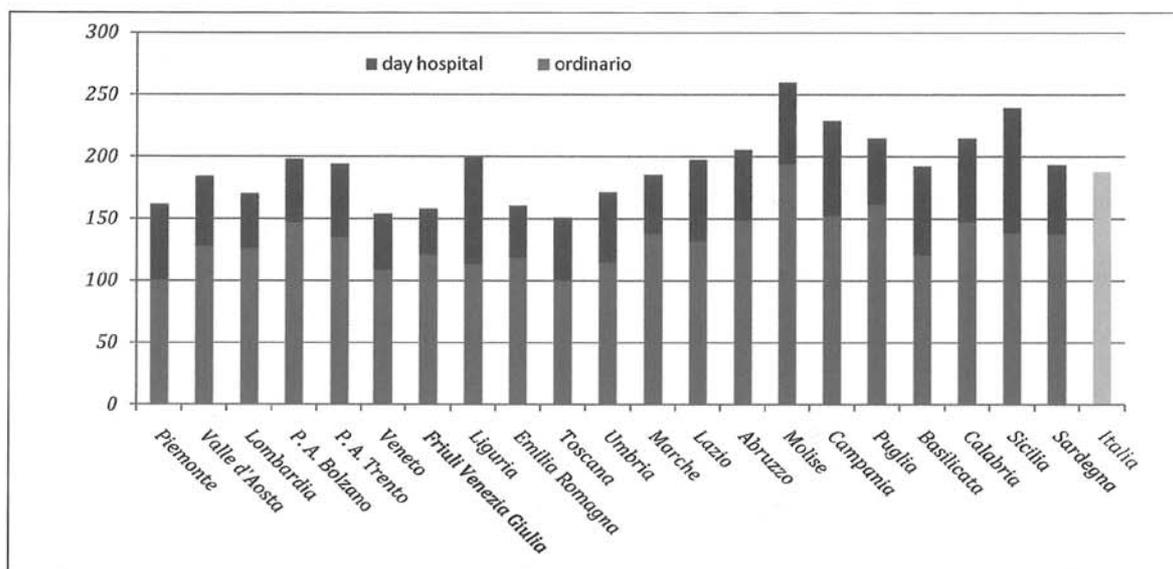
di ricovero, ossia distinto tra regime di ricovero ordinario e diurno (Figura 1).

Valori superiori alla media nazionale e maggiori del 200 per mille si rilevano in Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, mentre la Toscana presenta il valore minimo, intorno a 150 per mille.

Il grafico evidenzia anche la diversa composizione regionale della modalità di ricovero. Il ricorso al ricovero diurno appare fortemente presente in Liguria e Sicilia, anche se bisognerebbe prestare qualche cautela nei raffronti regionali. Si è infatti osservato che si adottano a livello regionale modalità

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

Figura 1 – Tassi di ospedalizzazione standardizzati (per 1.000 abitanti) per acuti distinti in regime ordinario e day hospital SDO 2007 - Dati provvisori



FONTE: Direzione Generale della Programmazione sanitaria - Ufficio VI - Settore Salute.

Tabella 3 – Numero di dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e tipo DRG – Anni 2003-2006

	2003		2004		2005		2006	
	dimessi	%	dimessi	%	dimessi	%	dimessi	%
<b>Regime ordinario</b>								
DRG medico o n.c.	5.416.428	45,20	5.275.239	43,40	5.187.482	42,82	4.962.240	41,93
DRG chirurgico	3.027.043	25,30	3.064.766	25,20	3.013.118	24,88	3.031.978	25,62
<b>Day Hospital</b>								
DRG medico o n.c.	2.089.435	17,40	2.175.355	17,90	2.222.724	18,35	2.147.025	18,14
DRG chirurgico	1.448.306	12,10	1.641.428	13,50	1.691.131	13,96	1.691.910	14,30
<b>Totale</b>	<b>11.981.212</b>	<b>100,00</b>	<b>12.156.788</b>	<b>100,00</b>	<b>12.114.455</b>	<b>100,00</b>	<b>11.833.153</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Programmazione sanitaria - Ufficio VI - Settore Salute.

Tabella 4 – Numero di dimissioni ospedaliere per prestazioni con DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati con ricovero ordinario – Anni 2002-2004-2006

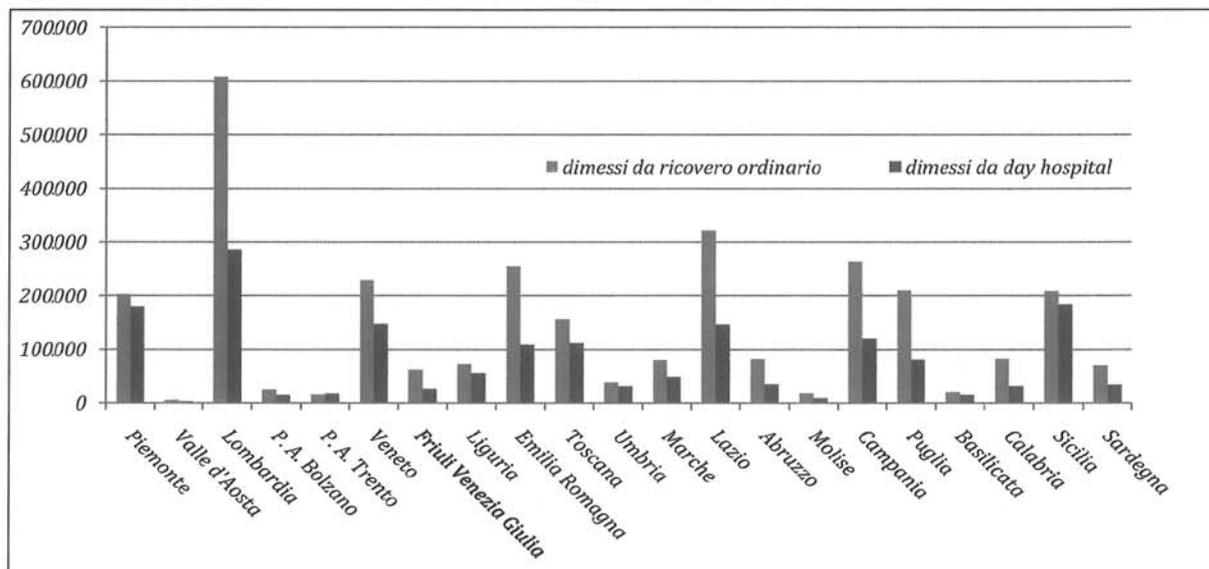
Tipo DRG	2002 Dimissioni in D.H.	%	2004 Dimissioni in D.H.	%	2006 Dimissioni in D.H.	%
Chirurgici	715.071	56,61	906.541	60,61	900.435	61,31
Medici	547.999	43,39	589.213	39,39	568.316	38,69
<b>Tutti</b>	<b>1.263.070</b>	<b>100,00</b>	<b>1.495.754</b>	<b>100,00</b>	<b>1.468.751</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Programmazione sanitaria - Ufficio VI - Settore Salute.

di registrazione dei ricoveri diurni che talvolta differiscono dalle indicazioni fornite dal DM 380 del 2000, che disciplina il flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero.

Da un'analisi temporale delle dimissioni ospedaliere si rileva che il numero dei dimessi da regime di ricovero ordinario con DRG medico è in costante diminuzione, mentre i di-

Figura 2 – Distribuzione dei dimessi con DRG chirurgico per regime di ricovero - Anno 2006



FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio VI - Settore Salute.

messi con DRG chirurgico è sostanzialmente stabile, rappresentando circa il 25% delle dimissioni in regime ordinario. Per quanto riguarda il day hospital aumentano le dimissioni con DRG medico e, in modo più consistente, le dimissioni con DRG chirurgico, pur in presenza di una riduzione complessiva dei ricoveri ospedalieri (Tabella 3).

L'esame dei dati pluriennali di attività ospedaliera rileva in particolare l'incremento del numero delle dimissioni in day hospital per quelle prestazioni che hanno associato uno dei 43 DRG definiti ad alto rischio di inappropriata, se erogati in regime di degenza ordinaria (Tabella 4).

Annualmente sono oltre 4.700.000 le dimissioni ospedaliere che hanno associato un DRG chirurgico. Il grafico che segue mostra la distribuzione a livello regionale delle dimissioni effettuate in entrambi i regimi di ricovero (Figura 2).

L'indicatore comunemente considerato per misurare l'efficienza ospedaliera è quello della degenza media nei ricoveri ordinari. Tale indicatore è però fortemente condizionato dalla complessità

della casistica clinica trattata e quindi viene standardizzato per case mix.

I valori più elevati di degenza media standardizzata, oltre 7,5 giorni, si hanno nella P.A. di Trento, Veneto e Lazio e valori minimi, inferiori a 6,3 in Umbria e Sicilia (Tabella 5).

La degenza media pre-operatoria rappresenta un indicatore di efficienza organizzativa con valori che oscillano attorno a 2 giorni. In Friuli Venezia Giulia e Marche detto indicatore si colloca al di sotto di 1,5 giorni, mentre assume il valore massimo nel Lazio con 2,7 giorni.

### 2.3.3 Indicazioni per la programmazione

Le indicazioni per la programmazione della rete ospedaliera sono quelle di favorire l'accessibilità, l'accoglienza e l'umanizzazione dell'assistenza, assicurando la continuità delle cure attraverso un più stretto rapporto con i medici del territorio, l'erogazione di prestazioni efficaci secondo i più moderni indirizzi della scienza e la formazione pratica e all'avanguardia del personale tecnico/sanitario ospedaliero.

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

Tabella 5 – Indicatori di efficienza per regione (giorni di degenza) - Ricoveri per acuti, regime ordinario SDO 2007 - Dati provvisori

Regione	Degenza media	Deg. media std per case mix	Deg. media preoperatoria
Piemonte	8,03	7,48	1,93
Valle d'Aosta	8,09	7,37	1,65
Lombardia	6,58	6,76	1,69
P.A. Bolzano	6,60	6,92	1,59
P.A. Trento	7,89	7,59	1,82
Veneto	7,98	7,64	1,83
Friuli Venezia Giulia	7,34	7,04	1,48
Liguria	7,82	6,84	2,42
Emilia Romagna	6,58	6,34	1,67
Toscana	7,29	6,66	1,94
Umbria	6,44	6,28	1,96
Marche	6,86	6,77	1,42
Lazio	7,22	7,53	2,74
Abruzzo	6,24	6,49	1,80
Molise	6,87	7,29	2,49
Campania	5,44	6,27	2,26
Puglia	6,19	6,64	2,10
Basilicata	6,87	6,77	2,46
Calabria	6,35	6,85	2,21
Sicilia	6,00	6,23	2,10
Sardegna	6,78	7,26	2,05
<b>ITALIA</b>	<b>6,72</b>	<b>6,72</b>	<b>2,00</b>

FONTE: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio VI - Settore Salute.

Con il Decreto Legge 112/08, convertito in Legge dall'art. 1 comma 1 della Legge 133/08, sono stabiliti i criteri di programmazione delle risorse relative alla spesa sanitaria.

In particolare all'art. 79 si stabilisce che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato è subordinato alla stipula di una specifica intesa fra Stato e Regioni che contempli:

a) una riduzione dello standard dei posti letto, diretto a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e da questo ultimo all'assistenza in regime ambulatoriale. Nei prossimi anni l'incremento dei ricoveri in day surgery/day hospital sarà più contenuto e potrà subire una flessione a causa del passaggio dell'erogazione di varie pre-

stazioni dall'ospedale al territorio. In particolare per quanto attiene alle prestazioni chirurgiche, alcune Regioni hanno già previsto la derogabilità degli interventi sul cristallino e di tunnel carpale in ambulatori protetti presso strutture di ricovero ordinario. Per quanto riguarda il day hospital medico alcune regioni hanno già avviato il "day service ambulatoriale" come offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali coordinate e complesse alternative al ricovero ordinario;

b) una riduzione delle spese di personale in connessione con il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e con il perseguimento della maggiore efficienza in ambito ospedaliero;

c) prevedere, nel caso si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, un impegno delle Regioni ad attivare forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

Per perseguire gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore un controllo annuo analitico di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle relative schede di dimissioni ospedaliere.

Questo ultimo criterio deve essere adottato in base a specifici protocolli di valutazione. Il criterio in base al quale effettuare la selezione delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione deve seguire un disegno campionario rigorosamente casuale. È altresì previsto che i controlli riguardino la totalità delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione per quelle ritenute ad alto rischio di inappropriata.

Per la definizione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata le Regioni dovranno tener conto dei parametri definiti a livello centrale con apposito decreto ministeriale.

Sulla base di tali indicazioni si sta procedendo con la definizione di standard dei posti letto e del relativo tasso di ospedalizzazione per promuovere il passaggio dell'assistenza verso setting assistenziali economicamente più efficienti ed adeguatamente più appropriati. Il controllo delle cartelle cliniche e delle relative schede di dimissione ospedaliera si muove nella stessa direzione di verifica dell'utilizzo delle risorse e di eventuali comportamenti impropri delle strutture erogatrici.

### **Bibliografia essenziale**

Decreto Legge 112/08, (G.U. Serie Generale n. 147 del 25 giugno 2008) convertito in Legge 133/08.

Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e Province autonome.

## **2.4 Riabilitazione**

### **2.4.1 Introduzione**

A partire dall'art. 26 della Legge 833/78, dalla Legge 104/92, (legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), dalle Linee guida per l'attività di riabilitazione del 1998 e dalla Legge quadro 328/00 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, e in seguito in tutti gli atti successivi viene confermato il criterio di presa in carico globale della Persona come caratteristica centrale di ogni intervento di Riabilitazione.

Questa moderna impostazione è supportata dalla recente ricerca internazionale in campo riabilitativo, dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

(ICF) e dai recenti documenti che WHO, U.N, Unione Europea e Parlamento di Strasburgo hanno definito negli ultimi anni in modo coerente e concorde.

Con la nuova classificazione ICF il concetto di disabilità si è ampliato. La disabilità non si riferisce più alla sola limitazione funzionale della persona, ma si estende anche all'interazione persona-ambiente con il termine di funzionamento e partecipazione. Il processo di recupero, al centro dell'intervento della medicina riabilitativa, deve sfruttare tutte le tecniche sia umane che tecnologiche disponibili per ridurre la menomazione, facilitare le attività della vita quotidiana delle persone e la migliore partecipazione familiare e sociale. Questo permette alla medicina riabilitativa di assolvere alla sua funzione fondamentale: portare la persona a raggiungere il