

In seguito si è tentato di aggregare i 48 ACC di procedura chirurgica ed i 37 ACC di diagnosi in tre macro tipologie di procedure/diagnosi, in particolare:

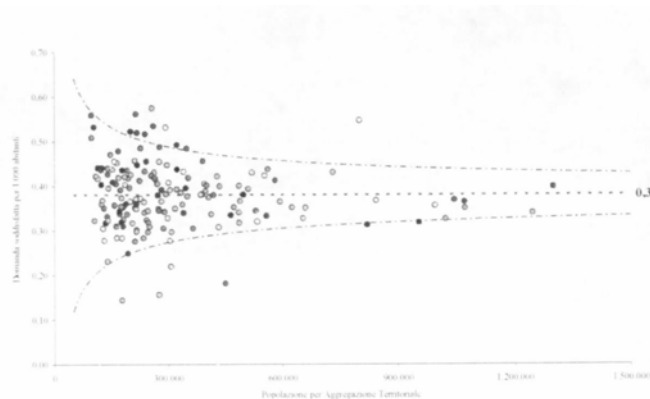
1. la **prima tipologia** di diagnosi/procedure è caratterizzata da un valore medio nazionale che si può ragionevolmente assumere come valore medio di riferimento.

Un esempio di tale *cluster* è l'ACC di procedura chirurgica *“Incisioni e asportazioni riguardanti il sistema nervoso centrale”* per il quale si registra nel 2005 un valore medio nazionale pari 0,38 procedure per 1.000 abitanti ed un coefficiente di variabilità dei valori delle singole AT pari a 0,19 (vedi Figura 3). Considerando quell'ampiezza dell'intervallo per la quale risulta spiegata il 99% della variabilità casuale, ovvero che non necessita di ulteriori approfondimenti, risulta che:

- 152 AT, corrispondenti al 85% della popolazione nazionale, appartengono all'area di indifferenza;
- 6 AT, corrispondenti al 5% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inadeguatezza;
- 11 AT, corrispondenti al 10% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inappropriatezza.

Da ciò segue che la variabilità residua che necessiterebbe di ulteriore approfondimento è limitata e pertanto il valore medio nazionale si può considerare come valore di riferimento.

Figura 3: ACC di procedura chirurgica “Incisioni e asportazioni riguardanti il sistema nervoso centrale” - Dati SDO 2005



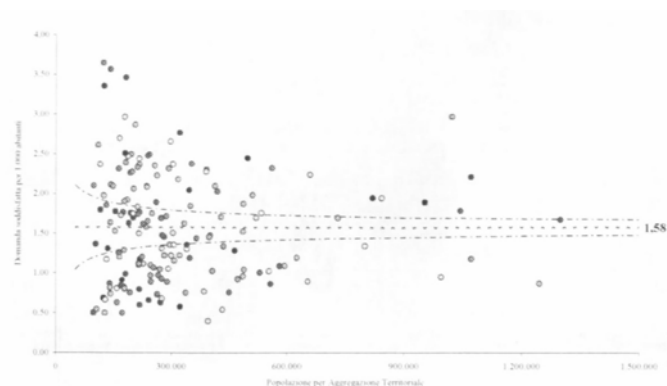
2. la **seconda tipologia** di diagnosi/procedure è caratterizzata da una variabilità tra le diverse AT decisamente elevata e quindi è difficile assumere il valore medio nazionale come valore medio di riferimento. Data l'elevata variabilità infatti il valore nazionale potrebbe essere frutto di sacche di inappropriatezza o inadeguatezza generalizzata, ed eventuali valori locali distanti da questo potrebbero essere più in linea rispetto ad un valore obiettivo al momento non definito.

Esempi di tale cluster possono essere gli ACC di procedura chirurgica *“Stripping di vene varicose dell'arto inferiore”*.

Per quanto riguarda lo *“Stripping di vene varicose”* nel 2005 si registra un valore medio nazionale pari a 1,58 procedure per 1.000 abitanti ed un coefficiente di variabilità dei valori delle singole AT pari a 0,43 (vedi Figura 4). Considerando quell'ampiezza dell'intervallo per la quale risulta spiegata il 99% della variabilità casuale, ovvero che non necessita di ulteriori approfondimenti, risulta che:

- 35 AT, corrispondenti al 18% della popolazione nazionale, appartengono all'area di indifferenza;
- 75 AT, corrispondenti al 46% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inadeguatezza;
- 59 AT, corrispondenti al 36% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inappropriatezza.

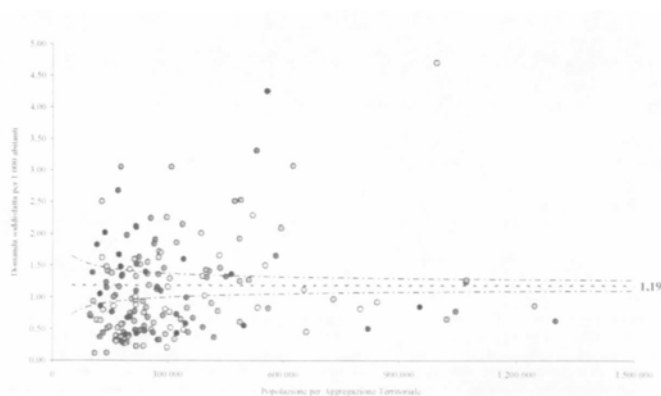
Da ciò segue che la variabilità residua che necessiterebbe di ulteriore approfondimento è decisamente rilevante, solo il 18% della popolazione italiana è all'interno dell'area di indifferenza e pertanto il valore medio nazionale non si può considerare come valore di riferimento.

Figura 4: ACC di procedura chirurgica “Stripping di vene varicose” – Dati SDO 2005

3. la **terza tipologia** di diagnosi/procedure è caratterizzata da una variabilità decisamente elevata e da un significato clinico non ben definito, da ciò segue la difficoltà di riconoscere l'effettiva necessità del ricovero ad essi corrispondenti. Esempio di tale cluster può essere l'ACC di diagnosi “*Dolore addominale*”, per il quale si registra un valore medio nazionale pari a 1,19 ricoveri per 1.000 abitanti ed un coefficiente di variabilità dei valori delle singole AT pari a 0,63 (Vedi Figura 5). Considerando quell'ampiezza dell'intervallo per la quale risulta spiegata il 99% della variabilità casuale, ovvero che non necessita di ulteriori approfondimenti, risulta che:

- 32 AT, corrispondenti al 17% della popolazione nazionale, appartengono all'area di indifferenza;
- 89 AT, corrispondenti al 52% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inadeguatezza;
- 48 AT, corrispondenti al 31% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inappropriatezza.

Da ciò segue che oltre a non essere trascurabile la variabilità residua che necessiterebbe di ulteriore approfondimento il valore medio nazionale non si può considerare come valore di riferimento in quanto si hanno delle perplessità in merito alla validità dell'esigenza di un ricovero con diagnosi principale “*Dolore addominale*”.

Figura 5: ACC di diagnosi Dolore addominale – Dati SDO 2005

Inoltre al fine di valutare la variabilità inter AT di un stessa Regione per capire quanto la situazione all'interno della Regione è diversificata si è considerata la rappresentazione Box Plot, un grafico che riporta:

- sull'asse delle ascisse tutte le Regioni Italiane,
- sull'asse delle ordinate la domanda soddisfatta per ASL per Regione per mille abitanti standardizzata per età.

Per ogni Regione sono inoltre riportati i seguenti valori:

- valore minimo della domanda soddisfatta tra quelli delle A.T. della Regione;
- valore corrispondente al primo quartile della domanda soddisfatta tra quelli delle A.T. della Regione;
- valore mediano della domanda soddisfatta tra quelli delle A.T. della Regione;
- valore corrispondente al terzo quartile della domanda soddisfatta tra quelli delle A.T. della Regione;
- valore massimo della domanda soddisfatta tra quelli delle A.T. della Regione.

Tale modalità di rappresentazione consente di individuare:

- quali Regioni al proprio interno presentano situazioni maggiormente diversificate;
- quali Regioni, considerando le ASL al loro interno, sono costantemente al di sotto del livello medio nazionale di domanda soddisfatta e quali sempre al di sopra.

In seguito si riporta in Figura 6,7 ed 8 il Grafico Box Plot per gli ACC "Incisioni e asportazioni riguardanti il sistema nervoso centrale", "Stripping di vene varicose", "Dolore addominale".

Figura 6: Grafico a Box Plot ACC di procedura chirurgica "Incisioni e asportazioni riguardanti il sistema nervoso centrale" - Dati SDO 2005

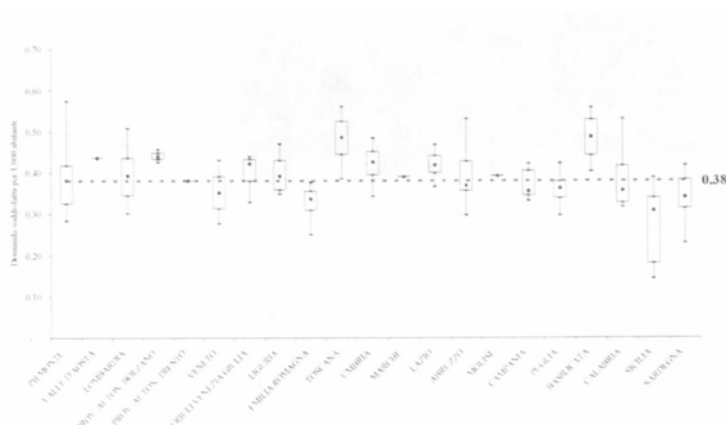


Figura 7: Grafico a Box Plot ACC di procedura chirurgica "Stripping di vene varicose" - Dati SDO 2005

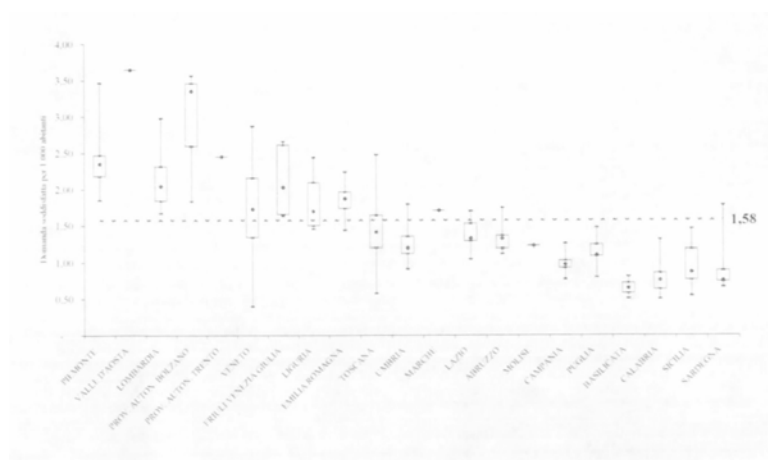
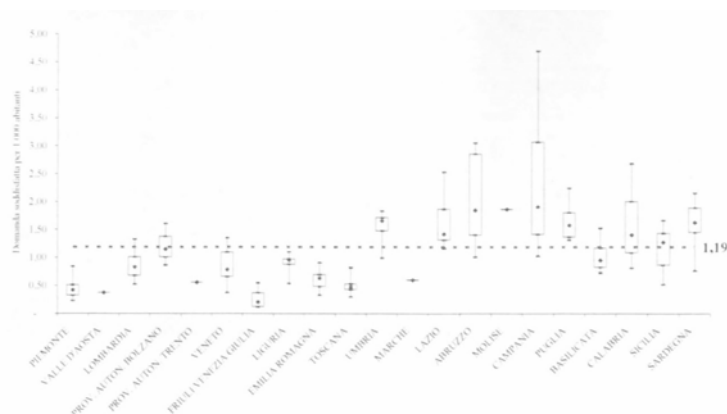


Figura 8: Grafico a Box Plot ACC di procedura chirurgica "Stripping di vene varicose" - Dati SDO 2005



3.4.2 Potenziare i fattori di sviluppo della sanità: la pratica del governo clinico e degli outcome

In tutti i paesi sviluppati gli ultimi anni hanno visto una continua crescita della domanda di prestazioni sanitarie e quindi lo svilupparsi di politiche tese a razionalizzare al massimo le strategie di offerta. Ma anche queste iniziative si mostrano insufficienti nel lungo periodo se non affiancate da una corretta politica di governo della domanda che trovi il suo fulcro nella appropriatezza delle prestazioni erogate.

La traduzione operativa di questi concetti si colloca sostanzialmente nello sviluppo di politiche di governo clinico che veda i professionisti direttamente coinvolti e responsabilizzati.

Il Governo clinico (o governo della qualità clinica) è il "cuore" delle organizzazioni sanitarie: il controllo dei costi e degli aspetti finanziari dovrebbe essere, almeno per larga parte, conseguenza del suo esercizio, giacché non è sensato porsi un obiettivo di efficienza se non vi è innanzitutto garanzia di qualità.

Il Governo clinico è uno strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN, che ha lo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica. Esso rappresenta lo sviluppo di riflessioni sul tema della qualità sul quale, da anni, molte organizzazioni stanno lavorando e tra queste l'Organizzazione Mondiale della Sanità (The principles of quality assurance, 1983).

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente. Da ciò deriva la definizione delle caratteristiche di un sistema sanitario ideale a cui tendere: sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività delle prestazioni, efficienza ed equità. Pertanto, il miglioramento della qualità richiede un approccio di sistema in un modello di sviluppo complessivo che comprenda i pazienti, i professionisti e l'organizzazione; la logica sottostante a tale nuovo concetto è quella della programmazione, gestione e valutazione del "sistema" in forma mirata all'erogazione di prestazioni cliniche per la tutela della salute della popolazione.

La politica di attuazione del governo clinico richiede quindi un approccio di "sistema" e va realizzata tramite l'integrazione di numerosi determinanti tra di loro interconnessi e complementari, tra i quali vi sono la formazione continua, la gestione del rischio clinico, l'audit, la medicina basata sull'Evidenza (EBM ed EBHC), le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali, la gestione dei reclami e dei contenziosi, la comunicazione e gestione della documentazione clinica, la ricerca e lo sviluppo, la valutazione degli esiti, la collaborazione multidisciplinare, il coinvolgimento dei pazienti, l'informazione corretta e trasparente e la gestione del personale. È in questa sistematica attenzione alla qualità dell'assistenza che il Governo clinico offre la possibilità di valutare l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni richieste nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e poggiando sull'integrazione dei 3 pilastri del sistema: i pazienti, gli operatori e l'organizzazione.

Per quanto riguarda i pazienti, un elemento determinante per il successo del Governo clinico è la modalità con cui viene esercitato il diritto di conoscenza ed accesso. In relazione ai sistemi di partecipazione e alla diversità dei modelli organizzativi regionali e delle aziende sanitarie, deve intervenire un modello di comunicazione multiculturale specialmente nei settori di prevenzione o là dove è necessario che il messaggio di salute sia pienamente e immediatamente compreso (ad es. nel campo dell'emergenza)

A questo si legano anche le opportune indagini su percezione, priorità, gradimento e soddisfazione di pazienti e cittadini. Le azioni previste devono promuovere il coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti nel processo terapeutico e nei progetti di miglioramento delle cure e la loro partecipazione attiva nelle modalità di informazione e di raccolta del consenso informato.

Altro aspetto fondamentale è quello della gestione del rischio clinico a salvaguardia e tutela della sicurezza dei pazienti e del personale. In stretta relazione a ciò è necessario che le attività di audit clinico siano effettivamente integrate nella missione aziendale, abbandonando la logica elitaria che li ha finora accompagnati. Un ulteriore elemento che deve caratterizzare l'innovazione legata al governo clinico è la partecipazione a progetti di ricerca e l'introduzione sperimentale ed a regime delle innovazioni derivate dalle ricerche.

Il personale deve essere direttamente ed effettivamente coinvolto nelle scelte cliniche ed organizzative e deve ricevere informazione e comunicazione sistematiche. E' anche necessario prevedere la progettazione dei percorsi di carriera, per favorire la reale integrazione degli operatori, che deve comprendere una necessaria attività di valutazione e feedback delle performance, anche individuale. L'elemento fondamentale è rappresentato dalla formazione continua mirata (interna ed esterna): specialistica, organizzativa, per lo sviluppo della qualità. Va individuata una esplicita finalità valutativa per il professionista che può diventare un attore utile per reale implementazione del Governo clinico nel sistema delle aziende. Oggi è messa particolare attenzione ai meccanismi di selezione e di scelta dei ruoli dirigenziali e di responsabilità dei professionisti, molta meno attenzione è invece affidata alla valutazione dell'operato degli stessi. I risultati di salute conseguiti possono rappresentare una delle linee del profilo di valutazione del professionista.

In sostanza, il perseguimento della efficacia clinica richiede forme di valutazione e controllo delle prestazioni erogate, oltre il mero aspetto quantitativo nel rispetto, tra l'altro, di un nuovo paradigma della medicina per il quale il ragionamento fisiopatologico non è più sufficiente per garantire un risultato positivo di salute. Il processo valutativo, per essere sensibile e specifico nella misura del fenomeno osservato, deve rimodularsi in funzione della dimensione organizzativa che l'azienda tenderà ad assumere.

Un altro elemento portante è la gestione e lo sviluppo della organizzazione, che svolga attività di programmazione e budgeting, la diffusione di un sistema informativo che consenta la valutazione dei processi e dei prodotti, la gestione clinica del paziente (patient file) e la valutazione degli esiti (outcome), sulla base di standard nazionali ed internazionali. Infine devono essere promosse azioni di ricerca organizzativa. Un elemento trasversale rispetto agli elementi portanti del governo clinico è la comunicazione, che deve prevedere idonei strumenti quali bollettini, informazioni e rapporti con i mass media, pubblicazioni, forum e convegni.

In ultima analisi appare evidente che lo strumento del Governo clinico non può essere finalizzato solo a dare risposta ad una emergenza finanziaria e, quindi, essere ristretto ad una programmazione di budgeting, ma deve essere esteso al governo di tutte quelle attività che ci permettono di raggiungere obiettivi di qualità delle prestazioni e di appropriatezza.

PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

Il Ministero ha inteso, nel corso dell'anno 2005, dare impulso all'attuazione delle politiche di governo clinico individuando 5 linee prioritarie: l'organizzazione dipartimentale, la sicurezza dei pazienti, l'implementazione di linee guida ed il coinvolgimento e l'empowerment dei pazienti e la misurazione degli outcome.

L'organizzazione dipartimentale nel sistema sanitario nazionale

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria ed il governo clinico.

Il dipartimento, favorendo il coordinamento dell'atto medico teso a gestire l'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituisce l'ambito privilegiato nel quale poter contestualizzare le attività di Governo clinico nelle sue principali estensioni ovvero la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

E' in tal senso necessario considerare che l'adozione del modello dipartimentale trova motivazione non soltanto nell'ottica di un vantaggio organizzativo e di conseguenza economico, ma, soprattutto, in quella di una complessiva elevazione della qualità del sistema di cui gli elementi fondamentali sono rappresentati dal recupero della centralità del paziente all'interno dell'organizzazione e dalla valorizzazione di tutte le categorie professionali.

Per conoscere il grado di attuazione e di diffusione dell'organizzazione dipartimentale nell'ambito del SSN, il Ministero della Salute ha avviato un'indagine conoscitiva attraverso la predisposizione e l'invio di un questionario a tutti i responsabili delle aziende sanitarie ed ospedaliere con l'obiettivo principale di costruire una mappa delle strutture sanitarie nazionali che hanno realizzato o intrapreso l'istituzione dei dipartimenti sul territorio nazionale. I risultati di tale indagine hanno evidenziato che, nel complesso, la proporzione tra dipartimenti strutturali (1.189) e funzionali (639) è di due terzi ed un terzo, evidenziando un impegno verso la integrazione funzionale, ma ancora qualche resistenza ad un impegno più sostanziale: uno su tre in Piemonte, uno su due in Lombardia, ma 3 su 1 in Trentino, 1 a 1 in Liguria. L'esigenza di razionalizzazione ed efficienza nell'uso delle risorse denota un impegno anche a livello dipartimentale,

laddove ben 107 dipartimenti (1/18) è interaziendale, con prevalenza nelle regioni Piemonte (26), Lombardia (17), Veneto (25) e Toscana (11).

Per quanto riguarda la gestione “partecipata” del dipartimento sembra denotare un percorso avviato ma ancora in fieri, infatti il Comitato di dipartimento è attivo nella quasi totalità dei dipartimenti (soltanto 150 non lo hanno ancora nominato), mentre l’assemblea non viene ad oggi convocata in un dipartimento su 2. Se l’asse del dipartimento è costituito dagli operatori, affinché possano realmente sviluppare l’appartenenza a questa nuova entità è necessario incrementare le opportunità di condivisione e l’assemblea è certamente un primo strumento.

La gestione dipartimentale è in generale avviata, seppure vi sia ancora circa un terzo di dipartimenti che non gestiscono in forma integrata le risorse, infatti il sistema di budget unico è portato avanti da 1.393 dipartimenti su un totale di 1858, mentre è ancora separato per 413 e non presente in 52. Analogamente, le risorse strutturali sono gestite in forma unitaria da 1.180 dipartimenti, a fronte di 633 che provvedono ancora a livello di unità operativa, mentre mancano di sistema in 45. Parallelamente per le risorse tecnologiche vi è una gestione condivisa in 1.236 dipartimenti, differenziata in 574 ed assente in 48.

Particolarmente difficile e critica ma estremamente importante per la reale implementazione del dipartimento è la gestione della risorsa umana, che risulta essere unitaria in 1.161 dipartimenti e divisa in 650, mentre un notevole passo in avanti è stato fatto per la formazione, che risulta essere integrata in ben 1.522 dipartimenti a fronte di soli 287 che ancora non hanno un piano comune. Si tratta certamente di uno strumento importante, che tuttavia deve essere accompagnato da tutti gli altri meccanismi operativi.

Per quanto riguarda il cuore del sistema dipartimentale, ossia l’attività assistenziale e la sua valutazione, 1.170 dipartimenti condividono le linee guida, 1.027 hanno messo a punto percorsi assistenziali dipartimentali, 974 effettuano attività di valutazione degli esiti clinici e 1.267 hanno elaborato piani di verifica delle attività cliniche e della qualità delle prestazioni. Vi è un inizio anche delle attività di telemedicina, infatti 357 dipartimenti hanno implementato tale strumento.

Il sistema informativo costituisce uno strumento essenziale per la gestione e lo sviluppo, sia in termini di esercizio che di governo, ma anche una base essenziale per condividere traguardi, impegni, utilizzo di risorse, basti pensare ai possibili usi della relazione dipartimentale. Pertanto, visto che soltanto 885 dipartimenti dispongono al momento attuale di un sistema integrato, esso dovrà certamente costituire un impegno dei direttori di dipartimento nel prossimo futuro.

La promozione di linee guida: il Sistema nazionale Linee Guida

Con il decreto del Ministro della Salute 30 giugno 2004 è stato istituito il Sistema nazionale linee guida (SNLG) a cui partecipano le istituzioni centrali, le regioni e le società scientifiche. Il SNLG definisce priorità condivise privilegiando le tematiche associate in primo luogo a variabilità nella pratica clinica, liste d’attesa significative, appropriatezza diagnostico-terapeutica, obiettivi individuati dal Piano sanitario nazionale. Il Sistema nazionale linee guida riconosce il ruolo delle linee guida nell’aggiornamento professionale e nella formazione continua e promuove un sito web di aggiornamento professionale dedicato che possa consentire l’acquisizione di crediti ECM.

La necessità di istituire il SNLG è nata dalla consapevolezza, sempre più presente, della necessità di erogare cure di buona qualità ed evidence based in un contesto di risorse limitato. In questo contesto assumono particolare rilevanza le Linee Guida (LG), i Protocolli Diagnostico Terapeutici ed i Percorsi di Cura, strumenti che, nel loro insieme, rappresentano l’elaborazione sistematica di indicazioni basate sulle evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, con l’obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni, migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica e negli outcome.

Una delle vie per incoraggiare l’aderenza alle LG è quello di inserire le raccomandazioni e gli standard nella cartella clinica: il sistema delle “care pathways” prevede di incorporare le LG nelle cartelle cliniche in maniera che agiscano come suggerimento immediato per il clinico.

La verifica del grado di adesione alle LG ritenute importanti per raggiungere i migliori esiti è un processo di valutazione di qualità che lega la pratica clinica agli outcome, anche tramite l’adeguamento dei sistemi informativi ed il raggiungimento di consenso su come misurare la qualità delle cure.

Nell’ambito del Sistema nazionale Linee Guida viene prevista l’elaborazione di nuove linee guida e l’aggiornamento delle LG già prodotte ed in fase di scadenza, privilegiando le aree in cui si prevede l’utilizzo più efficiente delle risorse e maggiore evidenza di costo-efficacia.

Nel prospetto sottostante vengono riportate le linee guida già elaborate nel corso dell’anno 2005.

Il rischio clinico e la sicurezza dei pazienti

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate, che causa un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Una gestione efficace del rischio clinico presuppone che tutto il personale sia consapevole del problema, che sia incoraggiata la segnalazione degli eventi e che si presti attenzione ai reclami e al punto di vista dei pazienti. Le strategie di gestione del rischio clinico devono utilizzare un approccio pro-attivo, multi-disciplinare, di sistema, e devono prevedere attività di formazione e monitoraggio degli eventi avversi.

Negli ospedali italiani si cominciano a sperimentare e a diffondere Unità o funzioni per la gestione del rischio.

L'indagine nazionale sulle iniziative per la sicurezza dei pazienti nelle strutture del SSN, elaborata nel 2005, e riferita al 2002, riporta che il 17% delle strutture rispondenti ha istituito una Unità per la gestione del rischio clinico. L'indagine successiva, condotta nel 2005 rilevava che tale unità era presente nel 28% delle strutture sanitarie, evidenziando, quindi, una crescente sensibilità al tema.

La sicurezza dei pazienti è un ambito molto complesso che si compone di una gamma di attività logicamente interconnesse che possono essere raggruppate in 5 grandi categorie:

1. Monitoraggio ed analisi degli eventi avversi
2. Stesura ed implementazione di raccomandazioni
3. Formazione
4. Coinvolgimento degli stakeholder
5. Aspetti medico legali ed assicurativi

Alla luce di ciò, il programma del Ministero in tema di sicurezza dei pazienti ha attuato le seguenti iniziative:

1. Istituzione di un gruppo di lavoro sulla sicurezza dei pazienti che ha operato nell'anno 2005 presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria.
2. Formazione degli operatori sanitari.

Sono state individuate le linee del programma formativo nazionale in tema di rischio clinico. Pertanto è stato elaborato un documento di inquadramento generale che definisce obiettivi, contesto, destinatari e percorsi formativi, a differente livello di complessità, disegnati per gli operatori che, nell'ambito del SSN, hanno distinte competenze e responsabilità nella gestione del rischio clinico. Le linee indicate nel documento sottolineano l'importanza strategica della formazione nelle politiche volte a migliorare la sicurezza dei pazienti e prevedono la partecipazione di tutte le istituzioni del SSN (Ministero della Salute, regioni e aziende sanitarie) e delle Università. In parallelo è stato elaborato un documento tecnico che fornisce i contenuti ed indica il livello essenziale di conoscenze che devono essere trasmesse a tutti gli operatori sanitari attraverso corsi FAD e frontali, accreditati secondo la normativa ECM.

3. Monitoraggio degli eventi sentinella.

È stato predisposto un protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, ovvero di eventi di particolare gravità seppure molto rari il cui accadimento deve dar seguito ad una accurata indagine che rilevi le cause determinanti e contribuenti all'evento individuando, al di là delle responsabilità professionali, i fattori di vulnerabilità insiti nel sistema ed attuare un piano correttivo per la prevenzione di ulteriori eventi. Il protocollo è stato implementato in via sperimentale nel 2005 ed è oggetto di una discussione e consultazione aperta fra tutti gli operatori affinché venga condiviso e ampiamente accolto. È infatti fondamentale che vi sia un terminale nazionale per tali eventi affinché non vadano disperse informazioni preziose per la sicurezza dei pazienti che, in un'ottica di sinergia e solidarietà, devono diventare patrimonio comune di tutte le strutture del Paese.

4. Raccomandazioni.

Dall'analisi degli eventi avversi derivano le necessarie conoscenze in base alle quali devono essere prodotte specifiche raccomandazioni. Nell'anno 2005 è stata redatta e diffusa a tutte le strutture sanitarie del Paese la "Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di KCl" nella cui stesura ci si è avvalsi delle esperienze nazionali ed internazionali e a cui ha fatto seguito la determinazione dell'AIFA rivolte alle aziende produttrici sulle modalità di confezionamento e di labeling delle soluzioni concentrate di KCl al fine di renderle più agevolmente riconoscibili. E' stata, inoltre, avviata la stesura delle seguenti raccomandazioni:

- Raccomandazione per la prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- Raccomandazione per la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura
- Raccomandazione per la Prevenzione del Suicidio in ambito ospedaliero
- Raccomandazione per la prevenzione del decesso in seguito a reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
- Raccomandazione per la Comunicazione dell'errore
- Raccomandazione per la prevenzione del decesso materno durante il parto
- Raccomandazione per la prevenzione della morte o gravi disabilità del neonato
- Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni a livello aziendale

5. Report dell'indagine nazionale sulle iniziative per la sicurezza dei pazienti nelle strutture del SSN.

Alla luce dei risultati emersi si possono evidenziare alcuni elementi di riflessione:

- la necessità di individuare nell'ambito del rischio clinico una comune tassonomia sul territorio nazionale;
- l'attivazione di sistemi di gestione del rischio clinico nelle strutture del SSN;
- lo sviluppo della cultura della sicurezza "imparare dall'errore", che si basa anche sul principio dell'imparare dall'errore per mettere in atto misure efficaci di prevenzione degli errori;
- il rafforzamento dei meccanismi di tutela dei cittadini sul territorio nazionale;
- il miglioramento della formazione continua in tema di rischio clinico;
- la razionalizzazione dei diversi provvedimenti normativi per delineare un quadro d'insieme più omogeneo.

6. Rilevazione nazionale relativa agli "aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio clinico".

Il Ministero della Salute ha condotto un'indagine, tramite questionario, rivolto alle strutture sanitarie del SSN, per conoscere il quadro generale delle diverse modalità di gestione del rischio clinico relativamente agli aspetti assicurativi. L'indagine ha ottenuto una percentuale di rispondenza pari all'82% ed ha mostrato che il 28% delle strutture sanitarie (91 strutture su 323) dichiarano di aver attivato una Unità di Gestione del Rischio Clinico, con un incremento rispetto ai dati del 2003 (17%) ed in prevalenza in staff alla Direzione Sanitaria; inoltre il 90.1% delle strutture (291) dichiara di avere istituito un'unità operativa di gestione delle polizze assicurative. L'ammontare totale dei premi versati dalle strutture sanitarie alle compagnie assicurative, nel 2004, è stato di € 412.464.690 per le strutture rispondenti, mentre il totale dei premi viene stimato intorno a € 538.076.789. La maggior parte delle polizze assicurative prevede l'estensione di garanzie aggiuntive, in particolare per attività intramoenia ed, in misura minore, per tutela legale e colpa grave. Una percentuale non trascurabile di strutture (35,4%) dichiara l'assenza di franchigia, suggerendo un trasferimento totale dei rischi nei confronti delle assicurazioni ed un approccio non proattivo. L'indagine rivela la presenza di sistemi di elaborazione dei sinistri e di un consulente assicurativo in un'elevata percentuale delle strutture.

Il coinvolgimento e l'empowerment dei pazienti

Come ricordato all'introduzione del Capitolo 3.1, i pazienti ed i cittadini devono essere al centro di tutte le azioni e le finalità del SSN. La ricerca della qualità dell'assistenza comporta una maggiore attenzione verso l'esperienza ed il punto di vista dei pazienti. In alcune organizzazioni sanitarie i pazienti vengono coinvolti nelle decisioni che riguardano l'organizzazione dei servizi e la valutazione delle priorità. I pazienti devono essere posti nelle condizioni di avere la completa consapevolezza del proprio programma di cure ed avere la capacità di controllarlo.

Il coinvolgimento dei cittadini è un percorso iniziato diversi anni fa attraverso lo strumento della carta dei servizi. Tale strumento necessita di essere aggiornato e potenziato. In questa ottica è stata fatta una rilevazione nazionale circa lo stato di implementazione e le relative criticità della carta dei servizi a 10 anni dalla sua introduzione i cui risultati sono stati riportati nel report pubblicato nel corso del 2005.

L'indagine ha evidenziato gli interventi da effettuare ai fini del miglioramento della Carta dei Servizi e del suo impiego:

- potenziare le attività di comunicazione da parte delle Aziende Sanitarie nei confronti del personale e dei cittadini;
- effettuare il periodico aggiornamento delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi;
- rendere disponibili tempestivamente i risultati conseguiti rispetto agli standard di qualità stabiliti nella Carta;
- promuovere l'implementazione dei sistemi di verifica sul raggiungimento degli obiettivi previsti;
- incrementare la partnership con personale e cittadini, anche con adeguati interventi di formazione, per favorire una gestione della Carta dei Servizi condivisa e partecipata;
- coinvolgere maggiormente le associazioni dei pazienti nei processi di miglioramento di questo strumento;
- ottimizzare l'uso delle risorse destinate alla Carta dei Servizi per un utilizzo più efficiente della stessa (maggior integrazione con la formazione e i sistemi informativi);

La misurazione degli outcome

La valutazione della performance del servizio sanitario e la comparazione sul territorio nazionale è una delle dimensioni principali del governo clinico. Tale valutazione richiede la definizione di indicatori correntemente misurati a livello nazionale, che riflettano in modo attendibile la qualità dell'assistenza. A seconda dell'obiettivo, gli indicatori possono riferirsi al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, all'accessibilità ai servizi, all'erogazione di prestazioni efficaci ed appropriate, all'efficienza ed infine agli esiti sanitari. Gli indicatori di esito misurano l'impatto degli interventi sanitari sulle condizioni di salute dei pazienti.

La selezione degli indicatori clinici, soprattutto se considerati come strumenti per il miglioramento delle prestazioni e strumenti di comparazione tra strutture sanitarie, deve tener conto dei seguenti aspetti:

- correlazione con il miglioramento delle prestazioni
- qualità dei dati
- variazione casuale
- case mix
- sensibilità dell'outcome
- impatto sull'opinione pubblica

Nell'ambito del progetto mattoni del SSN è stato contemplato lo specifico progetto "Misura dell'Outcome" con l'obiettivo di individuare ed applicare sistematicamente metodologie appropriate, valide e riproducibili per la definizione, la misura e la valutazione di:

1. Outcome osservabili nell'ambito dello specifico episodio di cura (entro la dimissione nel caso dei ricoveri ospedalieri)
2. Outcome osservabili dopo la conclusione dello specifico episodio di cura (recidive, sequele, mortalità extraospedaliera)

E' stata selezionata una lista comprendente 43 indicatori relativi a Malattie Cerebro-Cardiovascolari, Tumori, Malattie infettive, Altre malattie croniche, Ortopedia, Emergenze che rispondono alla finalità di consentire valutazioni

comparative degli esiti a livello di soggetti erogatori e a livello di popolazione. Tali valutazioni sono rilevanti sia ai fini di fornire al cittadino una visione trasparente dell'offerta dei servizi e di prestazioni monitorando eventuali differenze tra gli erogatori, per area geografica e modificazioni temporali sia ai fini di fornire ai decisori istituzionali strumenti validi per operare scelte di programmazione, accreditamento, autorizzazioni, impiego delle risorse disponibili.

Indicazioni per la programmazione

La politica per la qualità è parte integrante della programmazione sanitaria nazionale. I documenti di programmazione sanitaria contengono l'impegno di promuovere lo sviluppo di forme integrate di miglioramento della qualità attraverso l'attuazione di prassi di governo clinico non solo a livello ospedaliero, ma anche a livello territoriale. In questo senso le istituzioni si sono impegnate a promuovere le opportune iniziative per favorire la piena applicazione di quanto previsto nel decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni nonché dal Piano sanitario nazionale 2006-2008: il Patto della salute del 5 ottobre 2006 ha previsto di pervenire entro il 31 dicembre 2006 all'approvazione, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, di un Programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel Servizio sanitario nazionale, che dovrà tra l'altro, prevede l'attuazione di forme costanti e strutturate del gradimento dei servizi da parte dei cittadini/utenti/pazienti.

L'obiettivo è di orientare il sistema affinché il contenimento dei costi e la gestione efficiente dei servizi non sia disgiunto dal perseguimento della qualità ed efficacia delle prestazioni. Ciò richiede l'implementazione di un modello organizzativo che offra la garanzia al paziente di ricevere la prestazione che produca il miglior esito in base all'evidenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente.

Poiché le politiche di Governo clinico trovano la migliore realizzazione in un contesto dipartimentale, occorre sollecitare la completa ed estesa attuazione della organizzazione dipartimentale del SSN ed osservare in modo costante l'andamento dell'implementazione.

La qualità delle cure non può prescindere dalla sistematica adozione di strategie per la sicurezza dei pazienti. Diviene quindi prioritario considerare, come già avviene in altri paesi, alcuni cambiamenti organizzativi che coinvolgano tutti i livelli del SSN, nazionale, regionale e aziendale e prevedere un modello istituzionale nazionale che garantisca la interrelazione e il coordinamento di tutte le componenti. Tale modello dovrebbe consentire di affrontare e governare in maniera integrata i diversi aspetti della sicurezza dei pazienti, dal monitoraggio degli eventi avversi, l'emanazione di raccomandazioni, le strategie di formazione ed il supporto per la gestione degli aspetti assicurativi e medico legali.

Il miglioramento della qualità richiede un approccio di sistema che si concretizza con l'adozione di comportamenti ed azioni estese ai tre principali pilastri del sistema: i pazienti, i professionisti e l'organizzazione e che si fonda sulla logica della programmazione, della gestione e della valutazione.

3.4.3 Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere. L'offerta ospedaliera

I profondi cambiamenti demografici intervenuti negli ultimi venti anni nel nostro Paese e il notevole progresso e sviluppo delle tecnologie sanitarie hanno contribuito in modo sostanziale a modificare lo stato di salute della popolazione italiana. Ciò ha determinato un cambiamento nella domanda di servizi assistenziali e il conseguente continuo adeguamento della rete di offerta di servizi sanitari.

Si assiste, da un lato, ad una progressiva trasformazione del modello assistenziale centrato sull'ospedale e su una prospettiva di ricovero e cura in regime ordinario, a un modello di *rete* caratterizzato dalla forte integrazione fra ospedale e territorio, attraverso il continuo trasferimento sul territorio di alcuni servizi e competenze, in particolare la presa in carico dei soggetti affetti da patologie cronico-degenerative, che necessitano anche di prestazioni assistenziali di tipo domiciliare, riabilitativo, o palliativo, per esempio nelle fasi terminali della vita.

Contemporaneamente, si rileva la tendenza a concentrare negli ospedali, e nelle discipline per acuti, la casistica più complessa, anche a seguito della notevole spinta all'aziendalizzazione e al processo di accreditamento fornita dal decreto legislativo n. 229/99 integrativo della seconda riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Inoltre, un impulso ulteriore alla maggiore definizione del ruolo dell'ospedale è scaturito dalle politiche sanitarie in materia di appropriatezza, clinica e organizzativa, delle prestazioni erogate, conseguente alla definizione dei livelli di assistenza da erogare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale a garanzia e tutela della salute della popolazione (DPCM del 29/11/2001).

In questo scenario si sono sviluppati i recenti Piani sanitari nazionali, tra i cui obiettivi risalta la necessità di realizzare una ristrutturazione, con riorganizzazione e riqualificazione, della rete ospedaliera, e di sviluppare, nell'ambito di questa rete di offerta, centri di eccellenza clinica, sede delle best practices cliniche basate sulle evidenze scientifiche disponibili.

Nel piano sanitario 2003-2005 si prevede una rimodulazione della rete ospedaliera con la creazione di centri di eccellenza collegati tra loro e la trasformazione dei piccoli ospedali in centri distrettuali, da raggiungere attraverso una graduale riduzione che conduca allo standard di 4 posti letto per pazienti acuti ogni mille abitanti e di 1 posto letto ogni mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza.

Naturalmente i centri di eccellenza dovrebbero essere integrati in modo da realizzare un proficuo scambio di conoscenze e di professionalità atte a garantire la continuità e la qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici, anche nei casi in cui siano coinvolti più livelli di assistenza. Il Governo clinico attualmente costituisce uno dei principali strumenti per il miglioramento della qualità delle cure erogate e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN, con lo scopo primario di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale, favorendo in tal modo lo sviluppo dell'eccellenza clinica.

Successivamente, sia l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 24/07/2003, sia l'Accordo di Cernobbio dell'aprile 2004, hanno sancito la necessità, fra le azioni prioritarie, di sviluppare una rete di centri di eccellenza e di promuovere il governo clinico quale strumento di sostegno delle politiche di miglioramento della qualità.

PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DEI DATI

Il SSN si avvale per l'assistenza ospedaliera di 1.214 istituti di cura di cui 672, pari al 55%, appartenenti al settore pubblico e 542 (45%) appartenenti al settore privato accreditato. Il 68% delle strutture è costituito da istituti a gestione diretta della ASL, il 14% da Aziende Ospedaliere e il rimanente 18% da altre tipologie di istituti di ricovero e cura quali Policlinici, IRCCS e Ospedali Classificati.

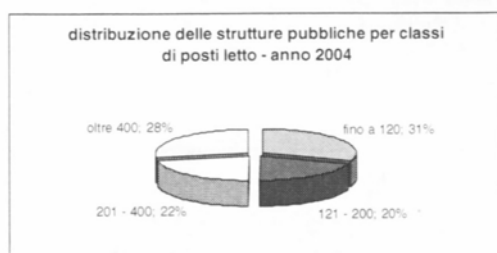
Distribuzione regionale degli istituti di ricovero pubblici per classi di posti letto e dimensione media delle strutture – Anno 2004

Regione	Numero istituti pubblici per classi di posti letto			Dimensione media (posti letto)
	≤ 120	121-400	> 400	
Piemonte	8	12	22	341
Valle d'Aosta		0	1	448
Lombardia	4	18	33	580
P.A. Bolzano	2	3	2	275
P.A. Trento	8	4	1	145
Veneto	7	10	21	443
Friuli V.G.	4	11	3	246
Liguria	5	4	9	341
Emilia R.	2	10	16	515
Toscana	15	16	13	277
Umbria	2	6	3	260
Marche	20	12	2	158
Lazio	28	36	13	236
Abruzzo	6	12	4	220
Molise	1	6	1	181
Campania	24	37	8	191
Puglia	2	24	10	355
Basilicata	3	4	2	253
Calabria	23	10	4	140
Sicilia	27	31	14	204
Sardegna	15	14	4	180
Italia	206	280	186	285

Fonte: Ministero della Salute – Sistema informativo sanitario

La rete ospedaliera italiana appare ancora strutturata con istituti di dimensioni medio-piccole. A fronte di una dimensione media di 285 posti letto per ospedale, esistono ancora più di 200 strutture pubbliche (circa 1/3 del totale) con meno di 120 posti letto, concentrate nelle regioni del centro-sud del Paese. All'opposto, sono 186 gli istituti di ricovero con più di 400 posti letto, particolarmente rappresentati in Piemonte, Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna. In generale, quindi, le regioni settentrionali (ad eccezione della Provincia Autonoma di Trento) sono caratterizzate da strutture di dimensioni più ampie, mentre nelle regioni centrali e meridionali sono presenti istituti di cura con dimensioni decisamente più contenute.

Distribuzione delle strutture di ricovero per classi di posti letto – anno 2004



Nel 2004, la capacità di offerta complessiva del SSN, in termini di dotazione di posti letto, è costituita da oltre 237.000 posti letto per degenza ordinaria e di 28.793 posti per la degenza diurna (day hospital e day surgery). In riferimento alla popolazione, le strutture di ricovero sono dotate di 4,7 posti letto ogni 1.000 abitanti, di cui 4,1 dedicati all'attività per acuti. È invece inferiore allo standard normativo l'offerta di posti letto per l'assistenza riabilitativa e la lungodegenza, pari a 0,6 posti letto per 1.000 residenti.

L'analisi della distribuzione regionale delle risorse "posti letto" (pl) evidenzia una discreta disomogeneità territoriale nella dotazione dei posti, che varia complessivamente da oltre 5,5 pl per 1.000 ab. nel Lazio e in Molise a meno di 4,5 pl per 1.000 ab. in Valle d'Aosta, Liguria, Umbria e molte regioni meridionali (Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia). Per quanto riguarda, in particolare, la disponibilità di posti letto di riabilitazione e lungodegenza, si rileva diffusamente una notevole carenza dell'offerta sanitaria territoriale, eccetto che in Piemonte, Lazio e Provincia di Trento.

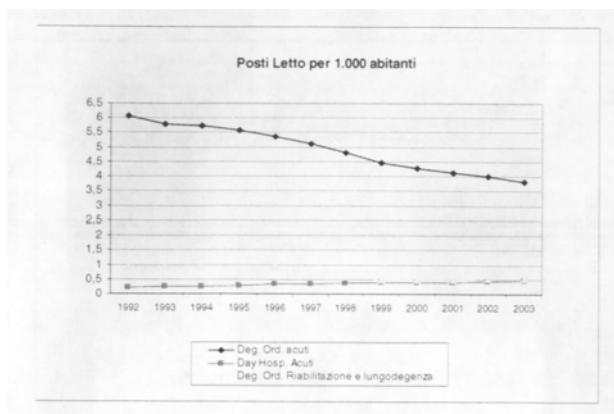
Distribuzione regionale dell'indicatore "posti letto per 1.000 abitanti" distinto per le discipline per acuti e per la riabilitazione e lungodegenza – Anno 2005

POSTI LETTO PER 1.000 ABITANTI - ANNO 2005

Regione	Posti Letto per 1.000 abitanti		
	per Acuti	per Riabilitazione e Lungodegenza	Totale
PIEMONTE	3,5	0,9	4,4
VALLE D'AOSTA	3,8	0,0	3,8
LOMBARDIA	4,0	0,7	4,7
PROV. AUTON. BOLZANO	4,2	0,6	4,8
PROV. AUTON. TRENTO	3,8	1,4	5,2
VENETO	3,7	0,6	4,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	4,4	0,2	4,6
LIGURIA	4,5	0,3	4,8
EMILIA ROMAGNA	4,0	0,9	4,9
TOSCANA	4,0	0,3	4,3
UMBRIA	3,8	0,2	4,0
MARCHE	3,8	0,5	4,3
LAZIO	4,6	1,2	5,8
ABRUZZO	4,6	0,6	5,2
MOLISE	4,9	0,7	5,6
CAMPANIA	3,3	0,3	3,6
PUGLIA	3,5	0,4	3,9
BASILICATA	4,0	0,2	4,2
CALABRIA	4,0	0,5	4,5
SICILIA	4,0	0,2	4,2
SARDEGNA	4,8	0,1	4,9
ITALIA	4,0	0,6	4,6

Fonte Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario

Le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera e lo sviluppo dell'attività diurna, insieme alla promozione dell'appropriatezza hanno inciso nel tempo sulla diminuzione dei posti letto ordinari, in buona parte riconvertiti nella modalità di degenza diurna. Numerose disposizioni legislative, finalizzate al contenimento della spesa sanitaria anche attraverso politiche di decentramento sul territorio dell'offerta sanitaria, hanno determinato, nell'ultimo decennio, una rilevante diminuzione della dotazione di posti letto, da oltre il 7 per 1.000 abitanti del 1992 al 4,6 per 1.000 registrato nell'anno 2005, comprensivo dei posti letto per acuzie sia per la riabilitazione e la lungodegenza.



A livello regionale, tuttavia, la dotazione di posti letto è ancora molto variabile, dal 3,6 per 1.000 residenti della regione Campania al 5,7 della regione Molise.

In generale le regioni meridionali si presentano con un numero basso di posti letto, rispetto alla popolazione, mentre le regioni settentrionali con un numero più elevato.

INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE

Nell'intesa del 23 marzo 2005, terreno costitutivo del nuovo PSN 2006-2008, le Regioni hanno sancito la necessità di ridurre il tasso di ospedalizzazione a 160 per mille abitanti, e il numero dei posti letto a 4,5 per mille, di cui almeno 1 posto letto per mille dedicato alla riabilitazione e lungodegenza.

Il raggiungimento di questi obiettivi determinerà la possibilità, attraverso la riconversione di posti letto e strutture, di riallocare in modo più efficiente ed equo le risorse investite, talora in modo improprio, nel comparto sanitario-ospedaliero.

Per quanto riguarda le esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del SSN. È da sottolineare l'importanza del programma di investimenti in sanità: infatti le politiche pubbliche di investimento del Servizio sanitario nazionale, finanziate con il programma straordinario di interventi in edilizia e tecnologie sanitarie, di cui all'art. 20 della Legge n. 67/1988, hanno il compito di rinnovare il patrimonio strutturale e tecnologico del SSN attualizzandolo rispetto ai nuovi principi di assistenza pubblica.

Il programma di investimenti, in tal modo, contribuisce al processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale, finanziando interventi volti al miglioramento dell'offerta dei servizi, e quindi della dotazione strutturale e tecnologica.

In tema di ammodernamento tecnologico, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 sottolinea la necessità di sviluppare i sistemi informativi, con il duplice scopo di supportare i processi (amministrativi e sanitari) aumentandone il più possibile efficienza e qualità e di registrare i dati fondamentali relativi ai processi stessi per consentirne la valutazione.

3.4.4 Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari: Cure Primarie e Medicina Territoriale

Il PSN 2006-2008 considera un importante ambito di rinnovamento del S.S.N. la **riorganizzazione delle Cure Primarie** attraverso un "processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei MMG e dei PLS nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio".

Le Cure Primarie rappresentano il primo livello di contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario Nazionale. Nell'ambito delle Cure Primarie, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta rivestono un ruolo centrale: infatti, attraverso l'integrazione con le altre professionalità del territorio (MCA, Specialisti Ambulatoriali), determinano lo sviluppo di forme di assistenza primaria in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana. Il radicale cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato,

nell'attuale contesto sanitario, dall'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza, vede l'esigenza di nuovi percorsi assistenziali basati su un approccio multidisciplinare del paziente volto a promuovere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali al fine di garantire l'efficacia della continuità delle cure.

A tal fine, con l'intesa Stato-Regioni del 29 Luglio 2004 e del 9 febbraio 2006, lo Stato e le Regioni convengono sulla necessità della costituzione di una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina associativa prevedendo, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Unità di Assistenza Primaria (UTAP), strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone e di perseguire il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

Tale nuova articolazione delle cure primarie, peraltro già prevista dal precedente PSN, vede il superamento dello "studio individuale del medico" avviando, in quelle zone dove, per caratteristiche geografiche (aree non urbane, zone montane ed isole minori), non sia possibile l'uso di sedi uniche, con l'intervento della telemedicina, dell'informatica medica e del telesoccorso.

Lo sviluppo quindi della medicina associativa diviene lo strumento attuativo della programmazione sanitaria e momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel Distretto per l'erogazione dei Livelli Essenziali ed appropriati di Assistenza. Da ciò ne scaturisce il cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale che dovrà pertanto perdere le caratteristiche di *generalismo* per diventare sempre di più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute.

Il sistema delle cure ospedaliere si raccorda con il sistema delle cure primarie e là dove ne ricorrano le condizioni con il sistema delle cure domiciliari in ambiente protetto (ospedale di comunità).

I medici e i professionisti sanitari operanti sul territorio nelle Cure Primarie avranno, sulla base di quanto definiranno le Regioni, un ruolo di partecipazione diretta nella definizione dei modelli organizzativi; nell'individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo; nella definizione degli obiettivi di budget con contemporaneo aumento di responsabilità nel governo clinico. Infine tale organizzazione avrà come proprio fondamento l'informatizzazione del

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 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:

- *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 predispose 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 (carrozzine, 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 collettività si distingue in assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale ed è erogata a favore di disabili, persone con problemi psichiatrici, persone affette da HIV, anziani non autosufficienti. Essa è disciplinata nell'ambito degli accordi rimessi alla trattativa regionale.

Presentazione e discussione dei dati

A livello nazionale, nell'anno 2004, la medicina di base è stata garantita da 47.111 MMG e da 7.358 PLS con una media del numero di assistiti per medico pari a 1.107 che a livello regionale vede attenuarsi la differenza, rispetto all'anno 2003, evidenziata tra il numero minimo di assistiti per medico nel Lazio (che è passato da un indice di 994 ad uno di 1.015) ed un numero massimo nella Provincia autonoma di Bolzano (che è passata da un indice di 1.708 ad un indice di 1.686).

Relativamente alla Pediatria, ad ogni PLS sono state iscritti in media 805 assistiti con una differenza che va, a livello regionale da un minimo di 735 (733 nel 2003) della Sardegna ad un massimo di 942 assistiti (887 nel 2003) della Provincia autonoma di Bolzano (che, comunque, ha nell'Accordo di convenzione un massimale di 1000 scelte/PLS).

Riguardo la continuità assistenziale, infine, nell'anno 2004 è stata garantita da 13.876 medici titolari con una media di 23 per 100.000 abitanti (media che oscilla da un minimo di 6/100.000 ab. della Provincia autonoma di Bolzano ad un massimo di 73/100.000 ab. della Regione Basilicata).

La media delle visite effettuate dai MCA è stata di 15.649 per 100.000 abitanti (Tabella 1 - fonte SIS Ministero della Salute).

Dalla "Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione delle Cure Primarie" effettuata dall'ufficio V della Programmazione Sanitaria nell'anno 2004, attraverso un questionario somministrato a tutte le aziende sanitarie del territorio nazionale, cui hanno risposto nella misura di 181/195 (92,8 %), è emerso che, per quanto riguarda la Medicina in associazione, il numero dei MMG partecipanti è di 16.126 che attraverso 3.256 forme associative soddisfano i bisogni di salute di 19.543.101 assistiti (Tabella 2, Fonte: Ministero della Salute - Dipartimento della qualità) rispetto ai quali il confronto per macroaree evidenzia una certa difformità. Infatti nel nord Italia il numero degli assistiti dalle forme associative è di 10.562.704 utenti, nel centro di 3.759.050, nel sud di 3.792.109 mentre nelle isole soltanto 1.429.238 utenti usufruiscono di tali forme assistenziali (Tabella 3, Fonte: Ministero della Salute - Dipartimento della qualità). Gli studi a sede unica ancora presenti sul territorio nazionale sono 326.

Rispetto all'Assistenza domiciliare l'analisi effettuata evidenzia che il 91,7 % delle Aziende sanitarie locali hanno organizzato l'ADI nei confronti di pazienti che necessitano di intervento integrato di servizi Sanitari e Sociali e nell'86,7 % delle Aziende sanitarie locali il MMG è presente nell'Unità di Valutazione multidimensionale che valuta il bisogno del paziente e seleziona la risposta appropriata.

L'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) è stata organizzata nella quasi totalità delle ASL per pazienti con impossibilità permanente a raggiungere lo studio dei MMG.

Anche per quanto riguarda l'Assistenza domiciliare residenziale (ADR), nel Sud si riscontra il numero inferiore delle ASL (12,8%) che hanno organizzato l'ADR nei confronti degli ospiti in residenze protette, Nord (66,3%), Centro (83,8%), Isole (35,7%) .

DISTRIBUZIONE DEI MMG, PLS E MCA NELL'ANNO 2004							
REGIONE	Totale	Totale	per MMG	Totale	n. scelte per PLS	Totale	visite effettuate dai MCA per 100.000 abitanti
PIEMONTE	22	3.486	1.126	416	846	436	12.435
VALLE D'AOSTA	1	102	1.065	15	761	22	10.085
LOMBARDIA	15	7.034	1.202	1.012	820	1.090	8.996
prov. aut. di BOLZANO	4	245	1.686	50	942	22	2.803
prov. aut. di TRENTO	1	383	1.111	77	780	109	19.141
VENETO	21	3.541	1.165	534	882	797	9.492
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	1.031	1.055	113	809	159	9.140
LIGURIA	5	1.406	1.020	171	772	154	5.538
EMILIA ROMAGNA	11	3.270	1.124	495	763	768	15.002
TOSCANA	12	3.087	1.045	412	775	788	13.194
UMBRIA	4	737	1.025	102	737	244	14.768
MARCHE	13	1.229	1.095	174	841	336	16.183
LAZIO	12	4.852	1.015	772	747	610	3.257
ABRUZZO	6	1.082	1.053	184	746	327	19.219
MOLISE	4	282	1.018	38	783	209	25.964
CAMPANIA	13	4.464	1.169	783	886	1.916	18.534
PUGLIA	12	3.310	1.076	584	823	1.051	14.132
BASILICATA	5	509	1.046	70	762	429	17.835
CALABRIA	11	1.703	1.061	293	750	1.308	40.173
SICILIA	9	4.071	1.071	843	774	2.258	40.122
SARDEGNA	8	1.287	1.043	220	735	1.043	25.962
ITALIA	195	47.111	1.107	7.358	805	13.876	15.649

Tab. 1 Fonte Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario - Anno2003

<i>La medicina in associazione nell'anno 2004</i>				
Regione	<i>Numero Studi a sede unica</i>	<i>Numero Forme Associtative</i>	<i>Numero MMG partecipanti alla Medicina in Associazione</i>	<i>Numero utenti assistiti dalle Forme Associtative</i>
Piemonte	12	526	2.482	2.898.020
Valle D'Aosta	0	7	37	43.518
Lombardia	28	5556	2.952	3.796.496
Prov. Aut. di Bolzano	0	0	0	0
Prov. Aut. di Trento	2	21	74	96.10.00
Veneto	22	314	1.588	2.008.458
Friuli Venezia Giulia		69	313	367.316
Liguria	33	96	494	801.345
Emilia Romagna	3	81	454	551.431
Toscana	0	204	1.049	1.213.967
Umbria	0	70	267	298.963
Marche	1	108	515	604.549
Lazio	66	272	1.462	1.641.571
Abruzzo	4	151	536	626.379
Molise	1	33	131	145.145
Campania	89	112	1.108	1.245.071
Puglia	8	150	718	910.608
Basilicata	0	90	270	305.224
Calabria	6	108	488	559.682
Sicilia	37	187	820	984.521
Sardegna	14	101	368	444.417
Italia	326	3.256	16.126	19.543.101

Tabella 2 - Fonte: Ministero della Salute - Dipartimento della qualità

Numero di MMG partecipanti alla Medicina in associazione e di utenti assistiti dalle forme associative

Nord	25.136.190	10.562.704	8.394	19.410	43,24%	42,00%
Centro	10.485.099	3.759.050	3.293	9.249	35,60%	25,30%
Sud	12.864.469	3.792.109	3.251	10.574	30,70%	29,50%
Isole	5.736.614	1.429.238	1.188	4.666	25,50%	24,90%
Italia	54.222.372	19.543.101	16.126	43.899	36,70%	36,00%

Tabella 3 - Fonte: Ministero della Salute- Dipartimento della qualità. I dati si riferiscono al 92,8% della Aziende Sanitarie).

INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE

La promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari avviata con il precedente Piano Sanitario Nazionale trova un nuovo importante impulso nel processo di **riorganizzazione delle Cure Primarie** che è alla base del rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale attualmente in atto nel nostro Paese.

Con una Direttiva generale del Ministro per l'attività amministrativa e la gestione per l'anno 2004, è stato assegnato alla Direzione Generale della programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema il compito di effettuare il "monitoraggio della progettualità regionale in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004 in