

materia di cure primarie” al fine di raccogliere informazioni sulle attività in corso, nel sistema sanitario nazionale, in materia di cure primarie con particolare riguardo alle forme innovative di organizzazione dell’assistenza primaria quali, ad esempio, le *Unità territoriali di assistenza primaria (Utap)*. Ciò con l’obiettivo di fornire al livello centrale e alle regioni stesse elementi per valutare ed orientare la programmazione sanitaria che vede l’esigenza di riorganizzare il sistema riproponendo in modo nuovo il ruolo del territorio e recuperando una collocazione centrale dei sanitari convenzionati che garantiscono un approccio centrato sulla persona e non sulla patologia.

La realizzazione delle forme aggregative delle cure primarie, infatti, facilita la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale) consentendo di garantire, con il coinvolgimento dei MCA, la risposta assistenziale 7 giorni su 7 per 24 ore al giorno e di migliorare la qualità della risposta ai bisogni socio-sanitari. Pertanto, anche alla luce dei dati sopra riportati, diviene fondamentale implementare l’integrazione delle prestazioni socio-assistenziali, già realizzata compiutamente in varie aree del Paese e completare, nell’ambito dell’attuazione degli accordi convenzionali con i MMG e i PLS, il processo di riorganizzazione delle cure primarie.

In tale ottica diviene di primaria importanza la definizione e l’utilizzazione di strumenti operativi quali:

- definizione ed implementazione di protocolli di dimissione ospedaliera concordati con le strutture territoriali al fine di consentire la tempestiva presa in carico del paziente con la valutazione multidimensionale e l’elaborazione del piano personalizzato di assistenza da parte della rete territoriale;
- definizione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi tra territorio ed ospedale, in cui siano individuati i compiti e le responsabilità con particolare riferimento a particolari tipologie di pazienti per i quali è prevedibile l’adozione di una cartella clinica unica;
- attivazione di percorsi assistenziali che utilizzano funzioni di teleconsulto e di telemedicina;
- individuazione a livello regionale di procedure che consentano una fattiva e produttiva cooperazione interistituzionale a livello locale;
- implementare l’integrazione funzionale tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall’attuale normativa (Piani attuativi locali, accordi di programma tra i Comuni e le ASL, Piani delle attività territoriali, etc.), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse.

3.4.5 Potenziare i servizi di Urgenza ed Emergenza (DEA e 118)

Le situazioni di emergenza-urgenza sanitaria rappresentano un evento improvviso, spesso imprevedibile, che mette in pericolo la vita della persona interessata se non viene effettuato, entro pochi minuti, un intervento di soccorso in modo tempestivo e professionale.

Il Sistema di Emergenza Sanitaria italiano è articolato secondo un modello *ospedaliero* ed uno *extra ospedaliero*. Il modello *ospedaliero* svolge le funzioni di pronto soccorso, di accettazione, di diagnosi e cura; le funzioni di soccorso sul territorio sono a carico del modello *extra ospedaliero*.

L’*Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*, descritti nel D.P.R. 27 Marzo 1992, attribuisce al Servizio sanitario Nazionale (SSN) competenza esclusiva dell’attività di soccorso sanitario ed individua le condizioni per assicurare tali attività su tutto il territorio nazionale. Le *Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 Marzo 1992*, emanate nel 1996, forniscono indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell’emergenza.

Il ruolo centrale del sistema di soccorso sanitario è svolto dal numero unico telefonico nazionale 118, tramite il quale tutte le richieste di intervento sanitario affluiscono alla Centrale Operativa che garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell’ambito territoriale di riferimento ed attiva sia i mezzi di soccorso distribuiti sul territorio (ambulanza, centri mobili di rianimazione, eliambulanze), sia la risposta ospedaliera 24 ore su 24.

La rete di servizi e presidi è rappresentata da:

- punti di primo intervento, dove il problema sanitario viene risolto o, nei casi dove questo non è possibile, il paziente è stabilizzato per il successivo invio all’ospedale più idoneo.
- Pronto Soccorso Ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato, oppure, nei casi più complessi, garantiscono gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l’eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale Operativa.
- Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA). Il DEA rappresenta un’aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale ma che riconoscono

la propria interdipendenza, adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa, sino alla definitiva collocazione del paziente. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alla tipologia delle unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello.

Allo stato attuale tutte le regioni hanno attivato le Centrali Operative "118", sul territorio di competenza di ciascuna Centrale sono presenti Ospedali sede di Pronto Soccorso o DEA di I e/o II livello. Tutte le Centrali Operative utilizzano "operatori" formati ed oltre l'80% provvedono alla attività formativa del volontariato e dei soggetti esterni.

Successivamente alle linee guida n. 1/1996 sono stati emanati numerosi documenti che precisano aspetti specialistici dell'emergenza urgenza sanitaria. In particolare nel periodo di vigenza del piano sanitario 2003-2005 sono state emanate le Linee guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici, le Linee guida per le unità spinali unipolari, per la gestione dello stroke, le Linee guida per la formazione, le Linee guida sull'organizzazione dei servizi sanitari con elicottero. Sono in via di definizione documenti su altri temi specialistici quali: l'emergenza pediatrica, i trauma center, i centri ustioni, che serviranno a definire chiari percorsi clinico-assistenziali promuovendo l'integrazione tra il sistema territoriale del soccorso e la rete dei servizi e presidi.

Nella Tabella. 1 vengono riportati i documenti legislativi che, a partire dal 1992, hanno contribuito a definire sempre più il campo d'azione e le caratteristiche del Sistema dell'emergenza sanitaria.

Tabella 1 – Leggi e provvedimenti sull'Emergenza Sanitaria

D.P.R. del 27/03/1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"
D.M. del 15/05/1992 "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi d'emergenza"
Comunicato n. 87 del 30/05/1992 "Comunicato del Presidente del Consiglio dei Ministri relativo al DPR 27 marzo 1992"
Atto di intesa Stato-Regioni del 17/05/1996 "Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992"
Legge n. 120 del 04/03/2001 "Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero"
Accordo Stato-Regioni del 25/10/2001 Linee guida su "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria"
Legge n. 1 del 08/01/2002 Conversione con modificazioni del D.L. n. 402 del 12/11/2001, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario
Accordo Stato-Regioni del 4/04/2002 "Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi"
Accordo Stato-Regioni del 27/02/2003 "Linee guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici"
Accordo Stato-Regioni del 22/05/2003 "Linee guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza."
Accordo Stato-Regioni del 3 /02/2005 "Linee guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero"

Presentazione e discussione dei dati

Relativamente all'anno 2005 presso i 673 presidi ospedalieri pubblici risultano 329 DEA pari al 49.2% del totale degli ospedali, 362 Centri di Rianimazione pari al 54.1% del totale delle strutture e 540 Pronto Soccorso pari all'80.7% (Tabella 2).

SERVIZI PER LE EMERGENZE - ANNO 2005

Regione	STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE					
	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Centro di Rianimazione	
	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture
PIEMONTE	28	71.8	30	76.9	27	69.2
VALLE D'AOSTA	1	100.0	1	100.0	1	100.0
LOMBARDIA	37	63.8	41	70.7	39	67.2
PROV. AUTON. BOLZANO	4	57.1	6	85.7	5	71.4
PROV. AUTON. TRENTO		0.0	7	58.3	2	16.7
VENETO	24	60.0	32	80.0	25	62.5
FRIULI VENEZIA GIULIA	13	72.2	15	83.3	12	66.7
LIGURIA	10	55.6	15	83.3	11	61.1
EMILIA ROMAGNA	19	65.5	27	93.1	21	72.4
TOSCANA	30	69.8	35	81.4	27	62.8
UMBRIA	6	54.5	9	81.8	6	54.5
MARCHE	15	45.5	28	84.8	13	39.4
LAZIO	25	32.1	45	57.7	26	33.3
ABRUZZO	15	68.2	21	95.5	13	59.1
MOLISE	5	62.5	6	75.0	5	62.5
CAMPANIA	31	46.3	60	89.6	43	64.2
PUGLIA	22	61.1	33	91.7	21	58.3
BASILICATA	4	44.4	8	88.9	6	66.7
CALABRIA	12	32.4	31	83.8	11	29.7
SICILIA	24	34.3	65	92.9	32	45.7
SARDEGNA	4	12.1	25	75.8	16	48.5
ITALIA	329	49.2	540	80.7	362	54.1

Presso le 543 Case di Cura accreditate risultano presenti 22 DEA pari al 4,0% del totale, 42 Centri di Rianimazione pari al 7,6% delle Case di cura accreditate e 47 Pronto Soccorso pari all' 8,5% (Tabella 3).

SERVIZI PER LE EMERGENZE - ANNO 2005

Regione	CASE DI CURA ACCREDITATE					
	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Centro di Rianimazione	
	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture
PIEMONTE	0	0.0	0	0.0	3	7.0
VALLE D'AOSTA						
LOMBARDIA	8	11.4	17	24.3	14	20.0
PROV. AUTON. BOLZANO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
PROV. AUTON. TRENTO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
VENETO	1	6.7	0	0.0	0	0.0
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	0.0	1	20.0	1	20.0
LIGURIA	0	0.0	0	0.0	1	33.3
EMILIA ROMAGNA	0	0.0	1	2.2	3	6.5
TOSCANA	1	3.7	1	3.7	1	3.7
UMBRIA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
MARCHE	0	0.0	1	7.7	1	7.7
LAZIO	2	2.4	4	4.8	2	2.4
ABRUZZO	0	0.0	0	0.0	3	23.1
MOLISE	1	33.3	0	0.0	1	33.3
CAMPANIA	7	9.9	18	25.4	8	11.3
PUGLIA	1	3.1	1	3.1	1	3.1
BASILICATA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
CALABRIA	0	0.0	2	5.3	0	0.0
SICILIA	1	1.6	1	1.6	2	3.3
SARDEGNA	0	0.0	0	0.0	1	7.7
ITALIA	22	4.0	47	8.5	42	7.6

Il complesso delle strutture pubbliche e private accreditate, per quanto riguarda i reparti direttamente collegati all'area dell'emergenza, dispongono complessivamente di 4.142 posti letto di Terapia Intensiva pari a 6,8 ogni 100.000 abitanti, 2.627 posti letto di Unità Coronarica pari a 4,5 ogni 100.000 abitanti e 1.053 posti letto di Terapia Intensiva neonatale pari 2 posti letto ogni 1.000 nati vivi.

A livello nazionale il Servizio sanitario dispone presso le strutture pubbliche di 1153 Ambulanze di tipo A il 21,2% delle quali con medico a bordo, 1017 Ambulanze di tipo B e 293 Unità Mobili di Rianimazione; presso le Strutture Accreditate: 28 Ambulanze di tipo A delle quali il 39,3% con il medico a bordo, 21 di tipo B e 15 Centri Mobili di Rianimazione (Tabella 4). Le Ambulanze di "tipo A" sono destinate al servizio di urgenza ed emergenza ed al così detto trasporto attrezzato (ex DM 553/87). L'equipaggio minimo è costituito da un autista-soccorritore ed un infermiere professionale. La presenza del medico nelle ambulanze è stabilita dalla programmazione regionale. La Regione che dispone del maggior numero di ambulanze di tipo A è il Veneto con 139 unità, mentre l'Abruzzo è la Regione che rappresenta la percentuale più alta di presenza di medico bordo (61,3). Le ambulanze di "tipo B" (ex DM 553/87) sono principalmente destinate al trasporto sanitario non a carattere di urgenza. L'equipaggio minimo è costituito da un autista-soccorritore e da un infermiere (o soccorritore volontario) a bordo, con preparazione idonea ad operare nel sistema dell'emergenza; sono provviste, comunque, di un set minimo per l'emergenza, poiché si può presentare la necessità di utilizzarle in supporto alle ambulanze di Tipo A. Le Unità Mobili di Rianimazione sono mezzi che hanno stesse caratteristiche delle ambulanze di tipo A, con l'unica eccezione del medico rianimatore a bordo. La frequenza più elevata riguarda la regione Lombardia e Sicilia con 40 mezzi a disposizione.

AUTOMEZZI PER IL SOCCORSO DEL SSN - ANNO 2005

Regione	STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE				CASE DI CURA ACCREDITATE			
	Ambulanze di Tipo "A"		Ambulanze di Tipo "B"	Unità Mobili di Rianimazione	Ambulanze di Tipo "A"		Ambulanze di Tipo "B"	Unità Mobili di Rianimazione
	Totale	% con Medico			Totale	% con Medico		
PIEMONTE	25	60,0	55	10		0,0		
VALLE D'AOSTA		0,0						
LOMBARDIA	73	8,2	77	38	6	0,0	3	
PROV. AUTON. BOLZANO	16	25,0	51	2		0,0		
PROV. AUTON. TRENTO	112	4,5	79			0,0		
VENETO	136	22,4	88	27		0,0		
FRIULI VENEZIA GIULIA	33	9,1	9	3	2	0,0		
LIGURIA	90	0,0	22	9		0,0		
EMILIA ROMAGNA	151	9,9	47	34	2	0,0		
TOSCANA	124	22,6	51	4		0,0		
UMBRIA	39	59,0	37	4		0,0		
MARCHE	41	48,8	32	7		0,0		
LAZIO	35	28,6	62	7	3	66,7	4	1
ABRUZZO	34	61,8	30	14	1	0,0		5
MOLISE	3	0,0	9	5		0,0	1	
CAMPANIA	37	29,8	107	20	9	44,4	5	4
PUGLIA	64	37,5	90	26		0,0	4	
BASILICATA	4	0,0	14	7		0,0		
CALABRIA	20	35,0	14	11	5	100,0	2	5
SICILIA	49	18,4	110	51		0,0	2	
SARDEGNA	27	11,1	33	14		0,0		
ITALIA	1.153	21,2	1.017	293	28	39,3	21	15

Dai dati di attività delle strutture con Pronto Soccorso si evidenzia che nel 2004 sono stati registrati 389 accessi ogni 1.000 abitanti; il 18,4% degli stessi, ha originato in seguito il ricovero. L'indicatore concernente i ricoveri che seguono ad un accesso al Pronto Soccorso si presenta altamente variabile a livello territoriale: a fronte di una percentuale di ricoveri pari all' 11,3% della Provincia Autonoma di Trento esistono valori che superano il 30% nelle regioni Molise e Basilicata (Tabella 5).

Tab. 5

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E DELLE CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE
ANNO 2004

Regione	Numero pazienti			Totale	% di ricoverati	N° Accessi x 1.000 abitanti
	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti			
PIEMONTE	210.853	1.539.444	2.109	1.752.406	12,0	410
VALLE D'AOSTA	6.960	35.546	31	42.537	16,4	349
LOMBARDIA	534.649	2.972.471	3.713	3.510.833	15,2	380
PROV. AUTON. BOLZANO	34.317	201.736	60	236.113	14,5	501
PROV. AUTON. TRENTO	27.195	212.254	167	239.616	11,3	488
VENETO	341.034	1.713.949	2.259	2.057.242	16,6	443
FRIULI VENEZIA GIULIA	58.321	328.031	313	386.665	15,1	323
LIGURIA	118.353	461.593	551	580.497	20,4	368
EMILIA ROMAGNA	259.257	1.418.325	1.479	1.679.061	15,4	411
TOSCANA	112.284	686.328	880	799.492	14,0	224
UMBRIA	52.569	309.620	244	362.433	14,5	427
MARCHE	88.524	472.897	464	561.885	15,8	373
LAZIO	391.380	1.622.572	2.624	2.016.576	19,4	387
ABRUZZO	145.355	384.669	286	530.310	27,4	412
MOLISE	62.117	103.359	97	165.573	37,5	515
CAMPANIA	428.406	2.154.051	960	2.583.417	16,6	448
PUGLIA	424.355	993.933	979	1.419.267	29,9	351
BASILICATA	56.996	130.916	139	188.051	30,3	315
CALABRIA	199.088	341.771	342	741.201	26,9	369
SICILIA	488.545	1.706.274	995	2.195.814	22,2	439
SARDEGNA	96.321	345.874	173	442.368	21,8	269
ITALIA	4.136.879	18.335.613	18.865	22.491.357	18,4	389

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE - DIREZIONE GENERALE DEL SISTEMA INFORMATIVO

La Tabella successiva illustra la situazione aggiornata al 2005.

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E DELLE CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE
ANNO 2005

Regione	Numero pazienti			Totale	% di ricoverati	N° Accessi x 1.000 abitanti
	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti			
PIEMONTE	216.932	1.629.147	2.221	1.848.300	11,7	427
VALLE D'AOSTA	6.610	39.040	24	45.674	14,5	372
LOMBARDIA	536.060	3.051.943	4.014	3.592.017	14,9	382
PROV. AUTON. BOLZANO	34.856	197.790	52	232.698	15,0	488
PROV. AUTON. TRENTO	25.791	214.160	149	240.100	10,7	483
VENETO	325.446	1.743.204	2.435	2.071.085	15,7	441
FRIULI VENEZIA GIULIA	76.193	352.889	322	429.404	17,7	356
LIGURIA	118.612	573.792	704	693.108	17,1	435
EMILIA ROMAGNA	259.875	1.473.474	1.501	1.734.850	15,0	418
TOSCANA	156.546	943.817	1.244	1.101.607	14,2	306
UMBRIA	63.796	314.425	224	378.445	16,9	441
MARCHE	87.997	433.860	436	522.293	16,8	344
LAZIO	326.973	1.395.945	1.965	1.724.881	19,0	327
ABRUZZO	154.147	484.775	344	639.266	24,1	492
MOLISE	59.053	97.623	63	156.739	37,7	487
CAMPANIA	448.066	2.184.370	1.075	2.633.511	17,0	455
PUGLIA	390.547	1.048.019	921	1.439.487	27,1	354
BASILICATA	43.376	103.451	83	146.910	29,5	246
CALABRIA	201.505	644.592	374	846.471	23,8	421
SICILIA	526.441	1.789.912	1.015	2.317.368	22,7	462
SARDEGNA	101.935	378.447	219	480.601	21,2	291
ITALIA	4.160.757	19.094.675	19.381	23.274.813	17,9	398

Indicazioni per la programmazione

Negli ultimi anni si continua ad assistere ad un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso (vedi Tabella 5) presso il quale viene indirizzata la richiesta di prestazioni sanitarie di base sia per comodità di accesso, sia per un sempre maggior bisogno del cittadino di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali, sia per la convinzione di ottenere un inquadramento clinico-terapeutico migliore ed in tempi brevi, sia per il ruolo di rete di sicurezza rivestito dal Pronto Soccorso per categorie socialmente deboli. L'ultima convenzione della Medicina Generale introduce elementi di novità che dovrebbero indurre ad una maggiore presa in carico di problematiche ora affrontate in sede di Pronto Soccorso, ma esperienze pilota ci inducono a ritenere che i risultati attesi

avranno tempi lunghi. Si ritiene pertanto necessario: attivare, laddove non è stato fatto, nei Pronto Soccorso con più di 25.000 accessi annui un sistema di triage con applicazione uniforme dei codici colore già identificati dalla normativa vigente (bianco, verde, giallo, rosso) e con sistemi informativi all'utenza dei tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde); allestire percorsi alternativi al Pronto Soccorso, con l'eventuale istituzione di ambulatori tenuti da Medici di Medicina Generale che garantiscono una risposta sanitaria per problematiche non di emergenza-urgenza, possibilmente 24 ore su 24, con possibilità di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche; favorire l'accesso diretto (con richiesta motivata del medico di Medicina Generale) alle strutture ambulatoriali specialistiche dell'Ospedale, adeguatamente potenziate con l'eventuale partecipazione di specialisti esterni convenzionati.

E', inoltre, frequente l'accesso al Pronto Soccorso di pazienti con quadri clinici indefiniti, tali da non consentire l'invio a domicilio, ma che richiedono una chiarificazione diagnostica nelle ore o giorni successivi. L'avvio di tali pazienti ad un ricovero ordinario ospedaliero, senza un congruo periodo di osservazione, può incrementare significativamente la quota di ricoveri inappropriati non necessari o in sede non adeguata, con spesso dilatazione dei tempi alla diagnosi definitiva ed alla corretta terapia. Per ridurre ricoveri e dimissioni improprie, si ritiene necessario istituire l'Osservazione Breve ed una Unità di Medicina d'Urgenza. L'Osservazione Breve, che va differenziata dalla Medicina d'Urgenza, è un'area, possibilmente adiacente al Pronto Soccorso, ove i pazienti possano sostare in attesa della definizione diagnostica e per ulteriore osservazione clinica intensiva, di norma non più di 24 ore. Di norma è necessario 1 posto letto di Osservazione Breve ogni 4.000 – 8.000 accessi al Pronto Soccorso. La Medicina d'Urgenza è un'attività di ricovero che deve possedere letti di degenza ordinaria e subintensiva a cui possono accedere pazienti a valenza internistica o con patologia traumatico-chirurgica non suscettibile nell'immediato di un intervento, che richiedano: monitoraggio e stabilizzazione in fase acuta, approfondimento e definizione diagnostica; attività diagnostico-terapeutica in casi compatibili con una durata prevedibile della degenza non superiore alle 72 ore.

3.4.6 Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario: Sistema per il Monitoraggio delle Prescrizioni

La graduale evoluzione della normativa sanitaria in senso federativo, ha portato il Ministero della Salute a ridefinire il ruolo del Sistema Informativo (SIS) come strumento strategico per il cambiamento. Il Sistema Informativo si pone, infatti, quale elemento chiave di supporto al processo di decentralizzazione, che vede un aumento del livello di responsabilizzazione delle Regioni relativamente al governo del SSN, a fronte della necessità del Ministero di garantire e controllare i livelli essenziali d'assistenza sul territorio nazionale.

La regolamentazione istituzionale del nuovo rapporto tra Stato, Regioni ed Aziende Sanitarie, per lo sviluppo di un Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a supporto della devolution sanitaria, è stata attuata attraverso un Accordo quadro tra Ministero e Regioni, stipulato in data 22 Febbraio 2001, con il quale il Ministero e le Regioni concordano sull'opportunità di operare congiuntamente e di avviare un piano d'azione coordinato per lo sviluppo del nuovo sistema informativo inteso, nella sua accezione più generale, quale strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale, locale. In questo ambito si inserisce la creazione di un "Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali", che trae origine dalla constatazione che qualità, appropriatezza ed economicità nella gestione del SSN si originano dall'interazione medico-paziente. Conseguentemente, un sistema informativo che si colloca ad un livello superiore a tale interazione non è in grado di cogliere le cause che condizionano i diversi livelli di performance del SSN. A tendere obiettivi del sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali saranno:

- disporre di informazioni omogenee rispetto ai singoli eventi (ricoveri, specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare etc);
- ricondurre ciascun evento al cittadino che ha interagito con il SSN;
- disporre di ulteriori informazioni per l'individuazione dei percorsi diagnostico terapeutici seguiti.

Tali informazioni potranno essere utilizzate sia per funzioni di governo del SSN, sia, in stadi evoluti del sistema, per funzioni di diagnosi, cura e riabilitazione sul singolo paziente.

Nell'ambito del NSIS è stata dunque avviata una sperimentazione per la rilevazione dei flussi informativi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica con contenuti privi, per le finalità di questa prima fase di sperimentazione, delle informazioni di identificazione anagrafica degli assistiti e dei prescrittori. Il nucleo minimo di informazioni è stato approvato dalla Cabina di Regia in data 18 marzo 2004.

Dati relativi alla specialistica ambulatoriale

Le prime analisi condotte sui dati condivisi relativi alla specialistica ambulatoriale hanno avuto l'obiettivo di verificare la qualità e la completezza degli stessi e di effettuare le prime comparazioni tra le diverse Regioni.

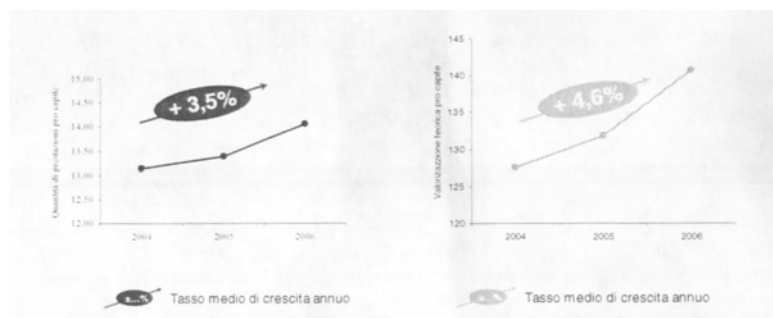
Purtroppo non tutte le Regioni hanno condiviso nell'ambito del NSIS i propri dati e, in particolare, si registra una scarsa presenza delle Regioni del Sud. Nel 2006 hanno partecipato alla sperimentazione 16 Regioni, che però registrano un livello di completezza/qualità del dato molto eterogeneo. Le analisi condotte hanno tuttavia già mostrato evidenze molto interessanti, tra le altre si sono selezionate le seguenti analisi.

Analisi dei consumi a quantità e valore per fascia d'età e sesso

Come si nota in Figura 1, complessivamente dal 2004 al 2006 si è registrato un incremento a quantità e a valorizzazione teorica delle prestazioni pro capite, ove con valorizzazione teorica è da intendersi la valorizzazione a tariffa nazionale,

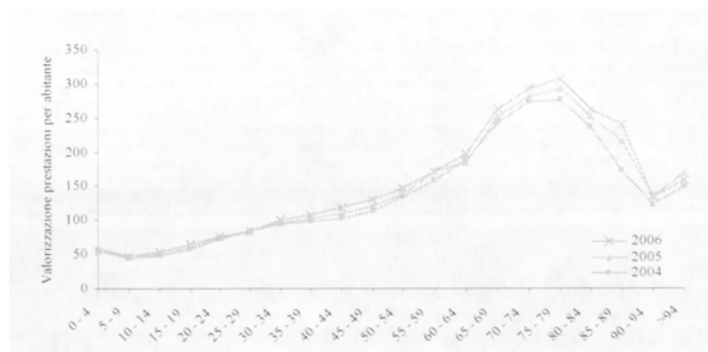
restano dunque per il momento escluse dall'analisi le prestazioni di nuova introduzione regionale. L'incremento a quantità è maggiore di quello a valorizzazione teorica, essendo la valorizzazione a tariffe fisse, se ne deduce una variazione del case mix di consumo medio verso un case mix a maggiore assorbimento di risorse.

Figura 1: Trend complessivo del fenomeno: andamento a quantità e a valorizzazione teorica delle prestazioni pro capite anni 2004 – 2006



Per quanto riguarda i consumi per fascia d'età, come mostrato in Figura 2, considerando il consumo pro capite a valorizzazione teorica si nota che il profilo di consumo negli anni 2004-2006 risulta stabile per quanto riguarda le fasce d'età più giovani. Si registra invece un incremento del consumo pro capite relativamente alle classi di età più anziane in particolare over 74 anni, sia dal 2004 al 2005 che dal 2005 al 2006.

Figura 2: Analisi dei consumi a valore prestazioni di specialistica ambulatoriale anni 2002-2004 per fascia d'età



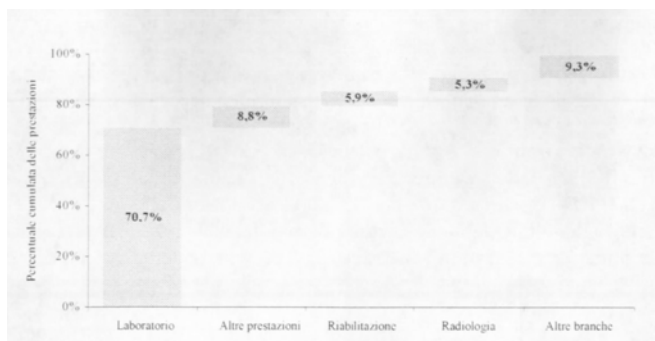
Poiché l'andamento a quantità per fascia d'età è molto simile a quanto visto considerando la valorizzazione teorica pro capite, si potrebbe evincere una considerazione molto interessante, ovvero che al variare delle classi di età il mix di prestazioni erogate pro capite non si diversifica molto, oppure nel caso in cui si diversifichi si ha uno spostamento tra prestazioni con valorizzazione molto simile.

Individuazione delle branche preponderanti a valore e quantità

Per quanto riguarda l'analisi dell'incidenza delle branche a quantità e valore emerge che:

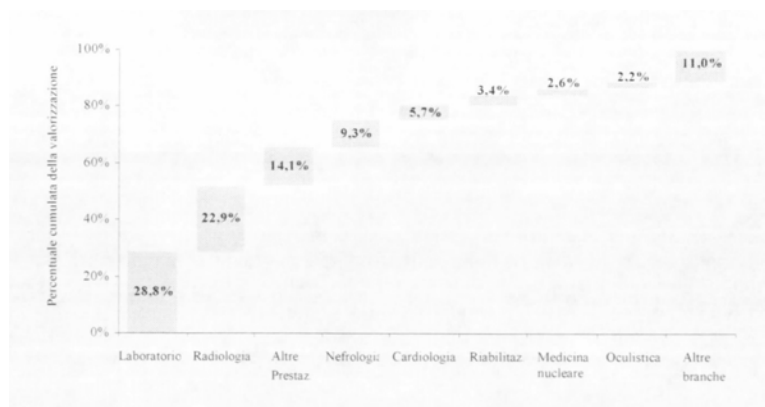
- come mostrato in Figura 4, considerando la distribuzione a quantità delle branche si ha un'incidenza elevata della branca di laboratorio che incide per il 71% sulla quantità totale, seguita dalle Altre prestazioni (che includono le visite) che pesano circa il 9%, dalla radiologia diagnostica (6%) e dal totale delle Altre branche che pesano per il 9%. La distribuzione cumulata per branca a quantità risulta dunque molto concentrata, solo 4 branche spiegano più del 90% del consumo totale a quantità.

Figura 3: Incidenza a quantità prestazioni di specialistica ambulatoriale anno 2006 per branca



- come mostrato in Figura 4, considerando la distribuzione a valorizzazione teorica delle branche si ha una distribuzione molto diversa rispetto a quanto riportato in Figura 3, in quanto la valorizzazione unitaria media delle prestazioni di laboratorio è relativamente più bassa di quella delle altre branche, pertanto l'incidenza a valore delle prestazioni di laboratorio è limitata. In particolare si nota che la branca di laboratorio a valore pesa per il 28,8%, seguita dalla radiologia (23% circa), dalle Altre prestazioni (14%), dalla Nefrologia (9%), dalla Cardiologia (5,7%), dalla Medicina fisica e riabilitazione (3,4%), Medicina nucleare ed Oculistica (entrambe circa 2%): La distribuzione cumulata per branca a valorizzazione teorica risulta dunque molto meno concentrata rispetto a quanto visto a quantità, 8 branche rappresentano quasi il 90% del totale a valorizzazione teorica, delle quali la prima conta meno del 30%.

Figura 4: Analisi dei consumi a valorizzazione teorica prestazioni di specialistica ambulatoriale anno 2006 per branca



Essendo la branca di laboratorio quella che incide maggiormente a valore e quantità merita un approfondimento. Si sono considerati gli 8 settori di laboratorio che riconducibili alla branca e si è valutato quali incidono maggiormente a quantità e valore. È emerso che:

- considerando le quantità il settore che incide maggiormente è la Biochimica clinica e tossicologia, che rappresenta il circa 70% del totale, con un'incidenza leggermente in aumento dal 2004, seguono l'ematologia (circa 13%) ed i prelievi (circa 10%), la microbiologia (circa 10%), a quantità gli altri settori risultano trascurabili;
- anche a valore si registra distribuzione abbastanza concentrata, seppur meno rispetto a quanto visto a quantità: la Biochimica clinica e tossicologia pesa per il 60%, l'ematologia il 12% ed i prelievi il 10%.