

Assistenza territoriale

L'assistenza territoriale si occupa della prevenzione e promozione della salute per gli individui e la comunità, dell'offerta di servizi sanitari di primo livello e dell'integrazione tra forme di assistenza sanitaria e socio-sanitaria nei diversi livelli. In particolare l'assistenza primaria occupa un ruolo rilevante nell'ambito dell'offerta dei servizi extraospedalieri su destinatari individuali ed è su quest'area che si sofferma l'interesse di questo capitolo. La *primary care* dovrebbe occuparsi non solo di soddisfare il bisogno emergente o pre-emergente dell'assistito, ma anche di garantire il trattamento della cronicità e della non autosufficienza, accompagnando il paziente fino alle ultime fasi della vita. Nell'assicurare un continuum salute-malattia i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale rappresentano un punto centrale per l'attuazione e lo sviluppo delle logiche dell'assistenza primaria all'interno della collaborazione con le strutture distrettuali. La medicina generale è fondamentale nel tradurre il bisogno di salute in domanda di prestazione, svolgere direttamente attività di diagnosi e cura primaria e attivare gli altri livelli assistenziali tramite prescrizione di farmaci, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri. La riorganizzazione del sistema di offerta dei trattamenti primari rappresenta pertanto uno dei punti chiave per lo sviluppo della *primary care*. Tali professionisti sono anche essenziali per la gestione delle patologie croniche; in particolare essi dovrebbero sempre di più integrarsi con team di lavoro dedicati per la cura e l'assistenza di pazienti affetti da patologie croniche, creando un sistema che promuova un'assistenza sicura e di elevata qualità per predefinire e realizzare obiettivi di assistenza e di salute, piani di intervento, procedure operative basate sull'evidenza scientifica e sul consenso tra pari. Tali aspetti sono armonicamente rappresentati all'interno di un insieme di principi e metodologie integrate, il *Chronic Care Model* (CCM), utile modello di riferimento. Il CCM descrive i cambiamenti e le modalità attuative necessarie al fine di migliorare l'assistenza ai malati affetti dalle più frequenti e specifiche malattie croniche (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, bpc, asma, etc..).

I principali aspetti trattati in maniera sinergica all'interno del CCM sono:

- lo sviluppo delle *policy* e delle risorse di comunità, ricercando contatto con il sociale ed il *no profit* al fine di attuare programmi di sostegno e *self management*;
- l'organizzazione sanitaria, creando un sistema di trattamento integrato delle patologie croniche;
- il supporto all'autogestione, dove il paziente diventa il vero protagonista dei processi assistenziali;
- il disegno del sistema d'offerta in cui gli operatori di assistenza, medici e non dovrebbero rifocalizzare le proprie modalità di intervento e di interazione interprofessionale in un team adeguatamente organizzato;
- supporto alle decisioni, con l'adozione di Linee Guida basate sull'evidenza;
- sistemi informativi clinici, incrementando l'utilizzo di sistemi computerizzati e favorendo la creazione di registri di patologia.

Tali sei componenti sono interdipendenti e costruite l'una sull'altra. L'assistenza primaria affronta non solo il problema della gestione della cronicità per specifiche patologie, ma anche più complesse situazioni di non autosufficienza di anziani polipatologici, di pazienti affetti da AIDS, disabili fisici e mentali. L'assistenza di lungo termine comprende forme di assistenza sanitaria, infermieristica, sociale e dei servizi domestici per un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita per persone non autosufficienti; può essere fornita in un centro diurno o in un setting di assistenza domiciliare o residenziale. Un aspetto rilevante nell'ambito della *primary care* è rappresentato dall'attuazione di meccanismi organizzati per la continuità assistenziale a seguito di acuzie, sia per i pazienti non autosufficienti che per pazienti destinati a riacquistare la completa autonomia. L'assistenza intermedia rappresenta l'anello di congiunzione tra l'assistenza primaria e l'assistenza ospedaliera, definita come un'area di servizi integrati, sanitari e socio-domiciliari, residenziali e semiresidenziali, finalizzata a garantire un rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti dopo la dimissione ospedaliera.

In relazione agli aspetti trattati in questa premessa il capitolo focalizzerà la sua attenzione su:

- rinnovamento delle cure primarie con un approfondimento su "La medicina generale ed il suo ruolo nella continuità assistenziale" ed un box su "Classificazione delle prestazioni ambulatoriali";
- gestione delle patologie croniche con due core indicators: dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma; dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito;
- gestione della non autosufficienza con indicatori sull'assistenza domiciliare; un approfondimento su "Popolazione anziana: area residenziale" e box su "Prestazioni residenziali e semi-residenziali" ed "Assistenza primaria e prestazioni domiciliari";
- continuità assistenziale con un box su: "Telemedicina: esperienze in regione Lombardia".

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Significato. I cambiamenti demografici ed epidemiologici della popolazione, associati all'aumento della domanda di salute e alla necessità di contenere i costi dell'assistenza ospedaliera, hanno favorito il rafforzamento di professionalità, strutture e reti assistenziali facenti capo al territorio.

In questo contesto, tra le modalità di cura domiciliare che si sono sviluppate negli ultimi anni, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta la forma più complessa e diffusa. La prima definizione di ADI si ritrova nel Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1995", nel quale si afferma che "l'ADI è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso".

Nell'ultimo decennio, l'ADI ha trovato ampio spazio nei documenti di programmazione del Ministero della Salute (Progetto Obiettivo "Tutela degli anziani"; Il Piano Sanitario Nazionale, PSN, per il triennio 1998-2000), in disposizioni legislative atte a promuovere lo

sviluppo delle cure domiciliari (Decreto Legislativo 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale"; Legge 328 dell'8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") e negli Accordi Collettivi Nazionali con i medici di medicina generale, con i Pediatri di Libera Scelta e con i medici specialisti ambulatoriali, rispettivamente approvati tramite il DPR 28 luglio 2000, n. 270, 272 e 271. Dal 2001 l'assistenza territoriale domiciliare, l'ospedalizzazione domiciliare e l'assistenza domiciliare programmata e integrata rientrano nei Livelli essenziali e uniformi di assistenza (DPCM del 29 novembre 2001).

I PSN 2003-2005 e 2006-2008 pongono tra i loro obiettivi prioritari la necessità di promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari, garantendo all'anziano non autosufficiente la permanenza al proprio domicilio, laddove le condizioni sanitarie, sociali, abitative e di solidarietà sociale lo rendano appropriato. Gli stessi PSN, inoltre, propongono la collaborazione tra le istituzioni e i gruppi formali ed informali che concorrono all'assistenza socio-sanitaria di tali soggetti.

Tasso di assistibili in ADI

Numeratore	Assistibili che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare	
Denominatore	Popolazione media residente	x 100.000

Tasso di assistibili anziani in ADI

Numeratore	Assistibili di età > 65 anni che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare	
Denominatore	Popolazione media residente di età > 65 anni	x 1.000

Tasso di ore di assistenza erogata per singolo caso trattato

Numeratore	Totale ore di assistenza domiciliare erogate	
Denominatore	Assistibili che ha iniziato il trattamento di assistenza domiciliare	

Validità e limiti. I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati dal modello FLS.21 di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali (Decreto Ministeriale del 23/12/1996) e dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Trattandosi di indicatori di attività, non è possibile alcuna riflessione sulla qualità dell'assistenza domiciliare integrata erogata dalle ASL nè sulla tipologia dei casi trattati.

La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale può limitare la validità di un confronto inter-regionale.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo e di omogeneità nei modelli organizzativi, gli indicatori analizzati possono essere considerati in riferimento al valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

La tabella 1 riassume i dati relativi ai casi trattati in ADI nel corso del 2005: in totale sono stati assistiti al proprio domicilio 396.757 pazienti. Il tasso di casi trattati in ADI è ampiamente variabile nelle regioni

(32 casi per 100.000 abitanti in Valle d'Aosta; 2.196 per 100.000 in Friuli-Venezia Giulia). La percentuale di anziani trattati in ADI si conferma estremamente elevata, attestandosi all'84,2%, valore in linea con quello degli anni precedenti (84,1% nel 2004 e 82,5% nel 2003); analizzando i dati regionali si passa dal 52,2% della Provincia Autonoma di Trento al 97,1% della Liguria.

La stessa variabilità è presente nel numero di anziani trattati in ADI riferiti alla stessa popolazione anziana (1,5 casi per 1.000 abitanti di età superiore a 65 anni in Valle d'Aosta; 79,5 casi in Friuli-Venezia Giulia); il dato complessivo nazionale è pari a 29,1 casi trattati.

Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 23 ore di assistenza, erogate in gran parte da personale infermieristico (16 ore). Anche per questi dati si evidenziano ampie differenze regionali: in Valle d'Aosta vengono dedicate a ciascun caso complessivamente 332 ore, erogate principalmente da altri operatori (290 ore), mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano solo 8 (erogate solo da personale infermieristico).

Il grafico 1 illustra il numero di pazienti trattati in ADI

per 100.000 abitanti dal 1998 al 2005: dai 359 casi del 1998 si è giunti ai 677 casi del 2005, con un incremento medio annuo del 10% circa.

Una indagine conoscitiva del 2004 condotta capillarmente dal Ministero della Salute su tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) del territorio nazionale relativa alla "Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie" riporta i seguenti risultati:

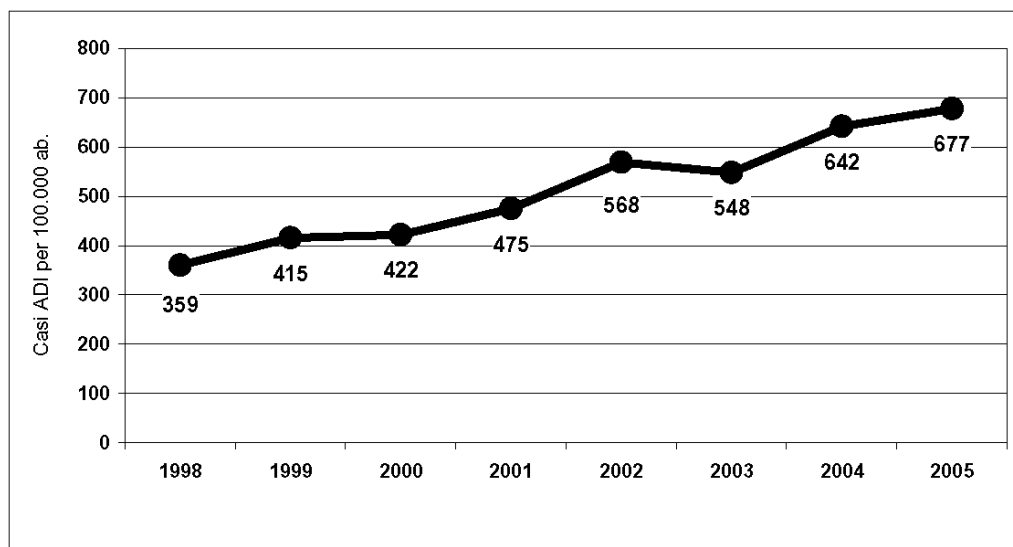
- il 91,7% delle ASL hanno organizzato l'ADI nei confronti di pazienti bisognosi dell'intervento integrato di servizi sanitari e sociali;
 - in ambito nazionale, il Medico di Medicina Generale (MMG) è presente nell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) nell'86,7% delle ASL;
 - nel 44,4% delle Aziende è stato previsto, per il MMG, un compenso aggiuntivo con accordo integrativo (rispetto al compenso di cui al DPR 270/2000).
- L'elevata percentuale di risposta all'indagine delle aziende interpellate (181 ASL su 195, 92,8%), rende tali risultati attendibili.

Tabella 1 - Casi trattati e ore di assistenza erogata per caso trattato in ADI – Anno 2005

Regioni	N	Casi trattati			Ore di assistenza erogata per caso trattato			Totale
		x 100.000 ab	Di cui >65 (%)	>65 x 1.000 residenti >65	Terapisti della riabilitazione	Infermieri professionali	Altri operatori	
Piemonte	21.890	505	79,7	18,0	2	14	7	23
Valle d'Aosta	40	32	92,5	1,5	6	36	290	332
Lombardia	68.186	723	86,2	32,3	4	12	4	20
Bolzano-Bozen	275	57	86,9	3,0	n.d.	8	n.d.	8
Trento	1.491	298	52,2	8,4	n.d.	21	n.d.	21
Veneto	59.031	1251	76,1	50,0	1	8	1	10
Friuli-Venezia Giulia	26.499	2196	81,0	79,5	2	8	1	11
Liguria	13.807	862	97,1	31,6	4	20	4	28
Emilia-Romagna	57.107	1370	89,1	53,8	0	21	3	24
Toscana	21.298	590	81,1	20,7	1	13	6	20
Umbria	10.174	1178	81,7	41,4	0	12	2	14
Marche	13.609	893	84,2	33,5	6	23	3	32
Lazio	37.017	700	89,7	33,1	6	12	3	21
Abruzzo	5.598	430	86,2	17,5	14	26	0	40
Molise	4.798	1493	89,1	60,8	5	11	1	17
Campania	13.416	232	90,3	13,8	9	30	3	42
Puglia	16.401	403	86,0	20,3	23	23	2	48
Basilicata	5.529	929	83,0	39,1	19	25	3	47
Calabria	6.900	344	86,1	16,3	9	16	1	26
Sicilia	9.372	187	76,0	8,0	10	26	1	37
Sardegna	4.319	261	72,3	10,9	15	66	1	82
Italia	396.757	677	84,2	29,1	4	16	3	23

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2005.

Grafico 1 - Pazienti trattati in ADI (per 100.000) - Anni 1998-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anni 1998-2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Si può rilevare come nell'ultimo decennio si sia assistito, trasversalmente alle diverse regioni, con importanti differenze che vanno gradualmente colmandosi, ad una fase di progressiva espansione dell'ADI. Tuttavia permane una forte disomogeneità nei criteri che definiscono le attività assistenziali proprie dell'ADI, sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento. Un recente documento della Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, istituita dal Ministero della Salute, sottolinea questa necessità, al fine di stabilire standard qualitativi e quantitativi e definire le modalità di remunerazione degli erogatori. Un'ulteriore indicazione potrà derivare dalla definizione e successiva applicazione della scheda di flusso nazionale per l'assistenza domiciliare concepita all'interno degli obiettivi del Progetto Mattoni del SSN "Assistenza primaria e prestazioni domiciliari", pagg. 418-421.

Riferimenti bibliografici

- (1) Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. 1998-2005.
- (2) ASSR. L'assistenza domiciliare è la nuova frontiera. Monitor, Anno II numero 6 settembre-ottobre 2003: 24-31.
- (3) ASSR. Meno ospedale e più territorio: il trend continua. Monitor, Anno III numero 10 ottobre 2004: 34-49.
- (4) Marceca M. Assistenza domiciliare. Parole chiave. Care 3, 2003.
- (5) Ministero della salute. Dipartimento della qualità. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - uff. V: Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie. Analisi Nazionale. Dicembre 2004. Ultimo accesso internet giugno 2007: www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_472_allegato.pdf.
- (6) Ministero della Salute. Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio. Ultimo accesso internet giugno 2007: http://www.fedcp.org/documenti/C_17_pubblicazioni_572_allegato.pdf.

La medicina generale ed il suo ruolo nella continuità assistenziale

Dott. Stefano Tardivo, Dott.ssa Cristiana Pasqualetto, Dott.ssa Silvia Veronese, Dott.ssa Tamara Zerman, Prof. Gabriele Romano

Contesto

Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti la sostenibilità economica del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, richiede una riprogettazione, seppur parziale, del sistema delle cure primarie erogate da Medici di Medicina Generale in collaborazione con altre figure professionali, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali. Esiste, inoltre, la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, recuperando i valori e i principi della legge 23 dicembre 1978 n. 833, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio-sanitario (1).

L'evoluzione del SSN non può, però, non tener conto di elementi nuovi che influiscono sugli assetti organizzativi dei servizi e che richiedono una nuova formazione degli operatori sanitari (Documento della Federazione Sindacati Indipendenti. Delineazioni di una struttura di primaria assistenza nel territorio denominata "Unità primaria di Assistenza Territoriale - UTAP). Questi sono:

- l'aumento della prevalenza della patologia cronico-degenerativa che pone il problema della presa in carico dei pazienti da parte di una fitta rete di servizi territoriali coordinata dal Medico di Medicina Generale (MMG);
- la progressiva specializzazione in ambito genetico e farmacologico, nei trapianti, nella chirurgia che apparentemente si contrappone alla visione unitaria della persona ma costituisce un importante elemento di miglioramento della salute della persona stessa;
- la necessità di potenziare le iniziative di promozione ed educazione alla salute rivolte ai cittadini, nella consapevolezza dell'importanza del protagonismo dei cittadini nella gestione del proprio stato di salute dal momento che i determinanti della salute si trovano al di fuori del Servizio Sanitario;
- l'attenzione verso la qualità dei servizi percepita dai cittadini, che costituisce uno sprono al continuo miglioramento della qualità dell'assistenza;
- la riorganizzazione della Sanità nel territorio che richiede il miglioramento del rapporto delle strutture del SSN con i propri operatori medici e non, miglioramento che prevede la partecipazione diretta delle Aziende Sanitarie Locali (AASSLL) alle scelte di programmazione e di gestione.

In questo processo di riorientamento culturale ed organizzativo dei servizi, il MMG dovrà "cogestire" con gli specialisti ospedalieri i percorsi assistenziali dei pazienti; si renderà necessaria l'individuazione dei bisogni assistenziali ed il "governo della domanda" di prestazioni da parte degli utenti sia verso la rete dei servizi territoriali stessi (specialistica, domiciliarietà, residenzialità) sia verso l'ospedale e gli altri elementi dell'assistenza socio-sanitaria (13).

In quest'ottica, il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005, approvato con il D.P.R. 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni-Città ed autonomie locali del 15 Aprile 2003, dopo 25 anni dall'entrata in vigore della Legge n. 833 del 1978, pone il problema, sempre attuale, di un ripensamento dell'organizzazione del SSN, individuando il territorio quale punto di forza per l'organizzazione della risposta sanitaria e dell'integrazione socio-sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e dell'appropriatezza delle prestazioni. Lo stesso PSN 2003-2005 e ancor più il vigente PSN 2006-2008 prevedono l'obiettivo prioritario dello sviluppo dell'assistenza primaria, principalmente tramite la realizzazione di forme di aggregazione di tipo innovativo tra i diversi professionisti sanitari del territorio, a partire dai Medici di Medicina Generale.

Risultati e Discussione

Accordo Collettivo Nazionale (ACN)

L'attuale ACN, reso esecutivo nel Marzo 2005, disciplina i servizi assistenziali della Medicina Generale in un contesto di continuità e integrazione con le prestazioni offerte dalle Aziende-Unità Sanitarie Locali in un quadro normativo che privilegia la responsabilizzazione del MMG e la condivisione degli obiettivi assistenziali propri del sistema delle Cure Primarie.

L'accordo, mirando ad una visione unitaria della MG ne regola i diversi scenari pur rimanendo uno strumento flessibile e adattabile all'evolversi dei bisogni della collettività.

La programmazione delle attività territoriali deve pertanto garantire:

- l'assistenza primaria di MG;

- la continuità assistenziale;
- le attività territoriali programmate;
- la medicina dei servizi;
- l'emergenza sanitaria territoriale.

Al fine di un miglioramento continuo della qualità dell'offerta, che richiede strategie complesse ed articolate, l'ACN incentiva lo sviluppo di forme di aggregazione tra medici e tra questi ed altre figure professionali (già definite nel precedente ACN del 2000), che permettano il confronto reciproco e la condivisione di Linee Guida e protocolli per percorsi diagnostico-assistenziali.

Vengono definite tre tipologie di associazionismo: la medicina in associazione, in rete, di gruppo caratterizzate da modelli organizzativi via via più complessi.

Medicina in associazione

Si caratterizza per la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto; la possibilità di accesso pomeridiano fino alle ore 19 in almeno uno degli studi; un numero dei medici associati non superiore a 10.

Prevede la condivisione e l'implementazione di Linee Guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione, che deve essere coerente con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.

Medicina in rete

È prevista una distribuzione territoriale degli studi, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto; la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante *software* tra loro compatibili; il collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione; l'utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il contatto con i centri di prenotazione dell'Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali; la realizzazione di momenti di revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva interna all'associazione.

Il numero di medici associati non deve essere superiore a 10 e deve essere garantita la apertura pomeridiana di uno degli studi della rete fino alle ore 19:00.

Medicina di gruppo

Il gruppo presenta sede unica, articolata in più studi medici in numero pari ad almeno la metà degli associati con possibilità di uso promiscuo degli stessi, ferma restando la possibilità dei singoli medici di operare in altri studi in orari aggiuntivi a quelli previsti per la medicina di gruppo. I medici del gruppo possono condividere risorse tecnologiche, strumentali e umane (personale infermieristico, di segreteria, etc).

È prevista la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e il collegamento in rete dei vari supporti e la possibilità di accesso, mediante sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, ai centri di prenotazione dell'Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi.

Elemento nuovo dell'attuale ACN è rappresentato dalla istituzione in via sperimentale dell'equipe territoriale quale strumento attuativo della programmazione sanitaria che realizzi forme di cooperazione professionale per garantire i livelli essenziali ed appropriati di assistenza ed una più efficace integrazione dei servizi socio-sanitari.

Le *equipe* Territoriali sono intese come legami funzionali, formalmente obbligatori, articolati su progetti aziendali attraverso un'integrazione professionale a livello distrettuale. Viene individuata, inoltre, un'altra forma organizzativa complessa: l'Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP), realizzata attraverso legami strutturali su base volontaria e sperimentale in grado di creare centri di responsabilità aziendali per assicurare risposte complesse al bisogno di salute.

La costituzione dell'UTAP viene enfatizzata quale fulcro della rete assistenziale socio-sanitaria territoriale (integrazione Aziende Sanitarie), che ne intercetta la domanda e ne governa i percorsi assicurando continuità alle azioni di cura e riabilitazione e garantendo un elevato grado di integrazione tra la medicina di base e la specialistica consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica in elezione. È formata dall'associazione di più medici convenzionati (MMG, Medici di Continuità assistenziale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Convenzionati) che operano in una sede unica, ma prevede la collaborazione anche di altre figure professionali quali infermieri, personale di studio, personale amministrativo, in numero adeguato alle attività previste e al numero di assistiti.

Scenari Regionali

La riforma del titolo V della Costituzione che consente alle regioni di ridisegnare il proprio sistema di organizzazione dei servizi socio-sanitari con la possibilità di individuare strumenti e modelli propri ad integrazione della normativa nazionale, ha creato una notevole difformità nella scelta dei modelli organizzativi in risposta ai bisogni assistenziali locali che si realizza con lo strumento degli Accordi Integrativi Regionali e con i Patti Aziendali.

Al momento sono stati sottoscritti 16 Accordi Integrativi Regionali che interessano le regioni: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto, mentre in Puglia e Sicilia sono tuttora in fase di definizione. In Sardegna la trattativa, già in fase avanzata con la sottoscrizione di un preaccordo a Maggio 2006, si è bloccata per riprendere solo recentemente a Marzo 2007.

Notevoli difficoltà legislative permangono, invece, per la Campania, mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano non risulta applicato nemmeno l'Accordo Nazionale.

Tabella 1 – Modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie – Anno 2004

Situazione 2004	Medicina in associazione	Medicina in rete	Medicina di gruppo	Coop.	Equipe territoriali	Modelli sperimentali	Totale Italia
N. associazioni	3.256	744	1.541	98	554	31	n.d.
MMG coinvolti	16.126 (36%)	4.308 (9%)	6.077 (13%)	n.d.	n.d.	n.d.	43.899 (100%)
Pazienti coinvolti	19.543.101 (35%)	5.370.340 (9,8%)	7.805.175 (14%)	n.d.	n.d.	n.d.	54.222.472 (100%)
Distribuzione geografica (%)							
Nord	51	48,5	45	24	87	74	n.d.
Centro	20	8,0	31	24	10	22	n.d.
Sud	19	27,0	19	52	0 ⁽¹⁾	4	n.d.
Isole	10	16,5	5	0	0 ⁽¹⁾	0	n.d.
Incentivi ex-DPR 270/00 (per paziente) (€)	2,5	3,5	4,5	no	1,4	Secondo accordo regionale	n.d.

⁽¹⁾La somma non fa 100% perchè non è chiara la distribuzione del modello nel Sud ed Isole; in particolare, risulta che in alcune regioni, quali la Sardegna, la trattativa di attuazione dell'Accordo è rimasta bloccata per lungo tempo riprendendo solo nel Marzo 2007.
n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. "Ricognizione ed analisi di Modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di Cure Primarie". Dicembre 2004.

Nelle regioni in cui gli accordi sono stati siglati emerge una certa variabilità negli obiettivi prefissati, ma l'elemento comune è rappresentato dalla volontà di potenziare le forme associative (medicina in rete e di gruppo) o le organizzazioni in equipe.

Le cooperative, ancora poco diffuse, rappresentano una forma peculiare di modello organizzativo, essendo società di servizi con personalità giuridica; favoriscono il dialogo tra medici, li supportano, ne promuovono lo sviluppo culturale e garantiscono, grazie alla loro formula societaria, particolari condizioni di acquisto di strumenti informatici e tecnologici. Le cooperative di MMG, cui possono partecipare anche PLS, vengono a costituire di fatto un presupposto per la genesi delle équipe territoriali.

Si evidenzia, comunque, un maggiore interesse rivolto all'integrazione tra gli stessi MMG attraverso lo sviluppo della medicina in rete o di gruppo, piuttosto che lo sviluppo di un coordinamento con le altre figure professionali e gli altri servizi del SSN. Risulta pertanto difficile lo sviluppo delle UTAP e dei Nuclei di Cure Primarie che erano state auspiccate dalla conferenza Stato-Regioni del luglio 2004 e previste dall'accordo nazionale vigente.

Tabella 2 – Scenario post ACN 2005 per alcune regioni - Anno 2006

Regioni	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Umbria	Toscana	Veneto
Modelli e anno di attivazione	NCP (2000)	UCP (2004) Utap (2006)	GCP (2005)	ET (2004)	ET (2006)	ET (2004)	UCP (2003) MAC (2006)	Utap (2006)
Professioni coinvolte	MMG, PLS, IP, Prof. Sanitarie Distretto Ass. Soc., Terapisti	MMG	MMG, IP, specialisti ospedalieri terapisti	MMG, PLS, IP, Prof. Sanitarie Distretto Ass. Soc., Terapisti	MMG, PLS	MMG, PLS, MCA, IP, Ass. Soc., Spec T e H	MMG, MCA, IP, + legame con 118	MMG, PLS, MCA, IP, Ass. Soc., Spec T e H
Bacino utenza (ab)	10.000-30.000	n.a.	Minimo 6.000	n.a.	10.000-30.000	10.000-15.000	5.000-50.000	10.000-25.000
Sede unica	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI + altri ambulatori	SI + altri ambulatori
Presenza specialisti	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI
Finanziamento	Sperimentale	Per attività	Sperimentale	Da accordi integrativi	Su progetti	Da accordi integrativi	Per obiettivi	Fondo Aziendale di Assistenza Primaria
Responsabilità e strumenti di controllo	SI (referente NCP)	SI (verifiche su attività)	SI (controlli interni/esterni ASL)	SI (controlli amministrativi)	SI (controlli amministrativi)	SI (riunioni audit)	SI (verifica su attività)	SI (accordi integrativi locali)
Sistema informativo	SI, progetto SOLE	NO	SI, SISS regionale	NO	NO	SI	SI	CUP Aziende Ulss

n.a. = non attribuibile; NCP = Nucleo Cure Primarie; UCP = Unità Cure Primarie; GCP = Gruppo di Cure Primarie; UTAP = Unità Territoriale di Assistenza Primaria; ET = Equipe Territoriale; MAC = Medico di Continuità Assistenziale; MMG = Medico di Medicina Generale; PLS = Pediatria di Libera Scelta; IP = Infermiere Professionale; SISS regionale = Sistema Informativo Socio Sanitario regionale; CUP = Centro Unificato Prenotazione; Spec. T e H = Specialisti Territoriali e Ospedalieri.

Fonte dei dati e anno di riferimento: CeRGAS – SDA Bocconi. Analisi Nazionale Ministero della Salute. Anno 2006.

Alcune regioni istituiscono, per garantire la funzione di produzione dei servizi sanitari, un Dipartimento di Cure Primarie (DPC), a cui competono il coordinamento e l'erogazione di tutte le attività cliniche del distretto, ossia la MG, l'assistenza domiciliare, specialistica, l'assistenza semiresidenziale e residenziale.

All'interno del Dipartimento operano i Gruppi o Nuclei di Cure Primarie (GCP, NCP), che rappresentano forme di aggregazione della MG per aree territoriali omogenee (in genere per 10.000-30.000 abitanti) che operano condividendo obiettivi di tutela di salute programmati all'interno del Distretto.

Altre regioni mirano a valorizzare le forme imprenditoriali di MG più che a rafforzare l'integrazione del medico di assistenza primaria nel Distretto.

Tuttavia i diversi modelli regionali e aziendali esprimono la volontà comune di rinnovare le cure primarie superando la tradizionale modalità di lavoro da "solista" del MMG e modulando il suo ruolo da gatekeeper a "gestore" del governo clinico per promuovere l'appropriatezza dei Servizi Sanitari.

Riferimenti bibliografici

- (1) Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo 502/92 come modificato dai decreti legislativi n. 517/93 e n. 229/99.
- (2) Delibera Giunta Regionale Regione Veneto n. 4395 del 30.12.2005.
- (3) Delibera Giunta Regionale Regione Lombardia n. VIII/004723 del 16.05.2007.
- (4) Regione Marche, Servizio Salute, Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale in attuazione dell'accordo collettivo nazionale sancito con intesa della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome rep. n. 2272 del 23.03.2005, siglato il 29 Maggio 2007.
- (5) Delibera Giunta Regionale Regione Toscana n.198 del 20.03.2006.
- (6) Regione Campania. Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale ai sensi del Capo VI del D.P.R. 270/2000.
- (7) Delibera Giunta Regionale Regione Basilicata n. 1640 del 24.07.2001.
- (8) Regione Sicilia. Decreto 23 febbraio 2007. Esecutività all'accordo regionale relativo agli istituti normativi ed economici di cui al capo V - Emergenza sanitaria territoriale - dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23

marzo 2005.

(9) Regione Abruzzo. Direzione Sanità. Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti tra i medici di medicina generale e il SSN siglato il 4 Agosto 2006.

(10) Provincia Autonoma di Trento. Accordo integrativo dell'accordo provinciale per i medici di medicina generale siglato il 17 Aprile 2007.

(11) Sito del ministero della salute. www.ministerosalute.it.

(12) CeRGAS – SDA Bocconi. Paolo Tedeschi. "I have a dream"... lo sviluppo di reti di cure primarie distrettuali per la tutela della salute". 5° congresso nazionale Card-Welfare, Devolution, Distretto. San Marino, 2006.

(13) ASSR. Differenze ma anche strategie comuni nelle normative regionali. Monitor, Anno II numero 6 settembre - ottobre 2003; pp. 8-23.

(14) ASSR. Si affaccia il modello dei "primary care groups". Monitor, Anno II numero 6 settembre - ottobre 2003; pp. 32-38.

(15) ASSR. Le unità territoriali di assistenza primaria. Anno IV Numero 13 - 2005. pp 124-127.

(16) "Ricognizione ed analisi di Modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di Cure Primarie". Analisi Nazionale, Dicembre 2004, Ministero della Salute.

(17) Rosito A., Brenna E., Pederzoli V., "Governo clinico: quali strumenti e modalità di attuazione in ambito territoriale". Seminario AIES- Verona, 15 Aprile 2005.

(18) Simon G., Franzo A., Samani F., "Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale". Rapporto Osservasalute 2005.

(19) Allegato alle Indicazioni progettuali ex Intesa 2 ottobre 2003. Delineazioni di una struttura di primaria assistenza nel territorio denominata. "Unità primaria di Assistenza Territoriale – UTAP".

Popolazione anziana: area residenziale

Dott.ssa Rossella Curci, Dott.ssa Anna Paola Cantù, Prof. Francesco Auxilia

Contesto

L'offerta residenziale rivolta alla popolazione anziana (≥ 65 anni) può essere differenziata in rapporto al livello e alla tipologia di assistenza in:

- *Residenza assistenziale per anziani autosufficienti*: presidio residenziale destinato ad anziani prevalentemente autosufficienti. Gli ospiti beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali;
- *Residenza socio sanitaria per anziani*: presidio residenziale destinato ad anziani prevalentemente non autosufficienti, dotato di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti;
- *Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)*: presidio residenziale destinato ad anziani non autosufficienti o a persone disabili, che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Per quanto le definizioni precedenti descrivano strutture assistenziali con proprie specificità ed un progressivo impegno sanitario, nella realtà le strutture presenti sul territorio nazionale spesso non sono così facilmente riconducibili ad una precisa categoria sia per l'eterogeneità degli ospiti presenti e dei servizi offerti, sia per le difformità normative che caratterizzano le varie regioni.

L'insieme delle strutture residenziali, definito anche con il termine inglese di *Long Term Care Facilities*, comprende le istituzioni che offrono assistenza in regime residenziale a diversi gradi di intensità, dalla riabilitazione all'Hospice, con un preponderante ruolo delle residenze per anziani.

Le caratteristiche che accomunano queste strutture sono:

- erogazione di ricoveri con lunghi periodi di degenza;
- livello di assistenza sanitaria limitato rispetto all'ospedale per acuti (sia per livello di assistenza medico-infermieristica sia per il limitato ricorso a procedure invasive);
- target costituito da popolazione prevalentemente anziana caratterizzata da molteplici patologie croniche e con limitazioni funzionali;
- orientamento al recupero e/o al mantenimento delle abilità.

L'importanza, anche quantitativa, di queste strutture sta progressivamente crescendo a fronte della sempre maggiore focalizzazione degli ospedali sulle patologie acute ad alto assorbimento di risorse, possibile solo in un contesto di rete assistenziale che garantisca la disponibilità di ambiti in grado di accogliere sia pazienti post acuti sia pazienti che necessitano di cure in un contesto assistenziale a intensità medio-bassa.

In questa ottica, le residenze per anziani rappresentano non solo un importante ambito di assistenza rivolto ai cittadini, ma anche un punto critico per una ottimale allocazione delle risorse in una prospettiva di rete. Ne deriva un primario interesse a valutarne l'evoluzione negli anni, con confronti tra le varie realtà regionali, sia dal punto di vista dell'utilizzo di tali forme assistenziali che dal punto di vista degli orientamenti espressi (Piani Sanitari Regionali e normativa specifica).

Risultati e Discussione

Ospiti anziani assistiti nei presidi

Il numero di anziani ricoverati in strutture residenziali è stato analizzato con riferimento alla popolazione ultrasessantacinquenne totale e alla popolazione ultrasessantacinquenne non autosufficiente. Al fine di individuare possibili linee di tendenza, tenuto anche conto delle oscillazioni annuali della numerosità della popolazione considerata, si è calcolata la differenza percentuale tra le medie delle presenze nei trienni 1999-2001 e 2002-2004.

Nel periodo considerato il numero di anziani ricoverati in strutture residenziali è cresciuto dello 0,43%, passando da 222.548 a 223.509.

La crescita maggiore ha riguardato il Nord (+6.219) ed in particolare il Nord-Ovest, che con la Lombardia (+2.044) e la Liguria (+1.611) ha segnato il maggiore aumento di ospiti anziani.

Al contrario si è osservato un calo dei ricoverati al Centro, con una diminuzione che ha riguardato in modo particolare la Toscana (-2.198).

Il Sud e le Isole hanno complessivamente avuto un forte decremento del numero di ricoverati (-3.540).

L'analisi delle linee di tendenza derivabili dal confronto percentuale delle medie triennali, evidenzia come, a fronte di un dato nazionale stabile (+0,52%), vi siano regioni che fanno registrare incrementi di ospiti (Liguria, Marche, Abruzzo, Molise), mentre per altre l'andamento è in diminuzione (Toscana, Campania, Basilicata, Calabria e Sardegna).

Tra gli anziani ricoverati, la presenza di soggetti non autosufficienti è aumentata, passando da 140.192 ospiti del 1999 ai 157.106 del 2004, con un incremento di 16.914 casi (12,1%).

Anche in questo caso si osservano, tra le diverse regioni, andamenti differenti. Al Nord si evidenzia un aumento degli anziani ricoverati non autosufficienti (complessivamente +13.737), con incrementi assoluti tra il 1999 e il 2004 maggiori per Lombardia (+5.072) e Piemonte (+4.246).

Dall'analisi dei confronti percentuali delle medie triennali, a fronte di un dato nazionale di incremento (+8,21%), la Liguria presenta il valore più elevato (+21,45%). Le regioni del centro si caratterizzano per un incremento complessivo degli ospiti non autosufficienti, con l'eccezione della Toscana (-5,86%). Al Sud e nelle Isole si è rilevato, nello stesso periodo, un aumento più contenuto degli ospiti non autosufficienti (+780), con percentuali di confronto negative ad eccezione di Campania e Sicilia.

Gli ultimi dati Istat disponibili relativi alla disponibilità di posti letto (p.l.) ogni 10.000 abitanti ed al numero effettivo degli ospiti si riferiscono al 31.12.2004.

Da questi si rileva come in Italia il numero di p.l. disponibili ogni 10.000 abitanti sia pari a 56,6 a fronte di una numerosità degli ospiti presenti nei presidi residenziali socio-assistenziali pari a 50 ogni 10.000 abitanti.

Alcune regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna e le Province Autonome di Bolzano e Trento) hanno un numero di posti letto e di ospiti ogni 10.000 abitanti nettamente superiore alla media nazionale. Lombardia, Marche e Molise, invece, presentano un numero di posti letto e di ospiti ogni 10.000 abitanti lievemente superiore alla media nazionale. Le restanti regioni si attestano su valori inferiori alla media nazionale.

Tabella 1 - Anziani (>= 65 anni) nei presidi residenziali socio-assistenziali (valori assoluti e confronto tra medie triennali) per regione - Anni 1999-2004

Regioni	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Confronto medie dei trienni*
Piemonte	32.284	33.380	34.075	33.098	35.286	33.599	2,25
Valle d'Aosta	903	891	1.000	983	884	1.013	3,08
Lombardia	46.634	43.279	48.796	47.602	47.474	48.678	3,64
Bolzano-Bozen	3.377	2.885	3.184	-	3.150	3.180	0,52
Trento	4.097	4.066	4.229	-	4.417	4.562	8,69
Veneto	30.075	28.857	28.658	30.416	31.522	28.655	3,43
Friuli-Venezia Giulia	9.626	8.509	9.492	9.393	9.115	9.472	1,28
Liguria	9.148	7.913	10.980	10.127	10.900	10.759	13,36
Emilia-Romagna	24.839	23.805	23.937	23.905	24.454	22.059	-2,98
Toscana	16.166	14.662	14.819	13.905	12.820	13.668	-11,51
Umbria	2.161	2.374	2.343	2.349	2.387	2.240	1,42
Marche	5.036	5.352	5.801	6.115	6.575	6.335	17,52
Lazio	9.683	9.695	9.984	9.794	9.662	10.430	1,78
Abruzzo	4.048	3.395	3.219	3.925	4.117	3.881	11,83
Molise	800	951	1.124	1.166	1.252	1.321	30,05
Campania	4.273	4.184	3.936	3.840	3.939	3.850	-6,16
Puglia	5.999	7.222	5.809	5.673	5.758	5.919	-8,83
Basilicata	1.002	848	652	615	718	634	-21,38
Calabria	1.997	2.074	1.945	1.857	2.154	1.724	-4,67
Sicilia	7.069	7.582	7.065	6.975	7.547	7.589	1,82
Sardegna	3.331	4.202	4.180	3.680	3.184	3.942	-7,74
Italia	222.548	216.126	225.228	216.538	227.315	223.509	0,52

*Per le Province Autonome di Trento e Bolzano le medie del secondo triennio non comprendono il dato relativo al 2002 che appare dubbio.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health for All-Italia. Giugno 2007.

Tabella 2 - Anziani (<= 65 anni) non autosufficienti nei presidi residenziali socio-assistenziali (valori assoluti e confronto tra medie triennali) per regione - Anni 1999-2004

Regioni	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Confronto medie dei trienni
Piemonte	15.486	17.014	17.976	17.730	20.050	19.732	13,94
Valle d'Aosta	690	692	792	803	744	914	13,20
Lombardia	40.100	37.933	42.777	42.405	43.354	45.172	8,38
Bolzano-Bozen	3.016	2.177	2.443	2.702	2.691	2.800	7,29
Trento	3.659	3.694	3.797	3.911	4.016	4.132	8,15
Veneto	19.790	20.721	20.652	21.919	23.025	21.716	8,99
Friuli-Venezia Giulia	6.040	5.507	6.073	6.344	6.424	6.843	11,30
Liguria	4.771	4.305	5.884	5.511	6.326	6.332	21,45
Emilia-Romagna	18.123	17.692	17.877	18.146	18.782	17.352	1,10
Toscana	9.081	8.765	8.978	8.588	7.920	8.744	-5,86
Umbria	1.593	1.711	1.662	1.716	1.747	1.555	1,05
Marche	3.166	3.532	3.875	4.048	4.455	4.496	22,95
Lazio	2.074	2.379	3.350	3.249	3.434	3.934	36,06
Abruzzo	2.367	1.961	1.918	2.596	2.664	2.454	23,50
Molise	361	477	544	601	661	723	43,63
Campania	1.133	854	952	1.000	1.050	954	2,21
Puglia	2.634	3.205	2.765	2.603	2.546	2.985	-5,46
Basilicata	539	448	326	338	402	310	-20,03
Calabria	1.112	1.122	1.114	903	1.239	985	-6,60
Sicilia	2.957	3.173	2.903	2.936	3.292	3.285	5,31
Sardegna	1.500	1.844	1.717	1.548	1.354	1.688	-9,31
Italia	140.192	139.206	148.375	149.597	156.176	157.106	8,21

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health for All-Italia. Giugno 2007.

Tabella 3 - Posti letto e numero di ospiti (per 10.000 abitanti) nei presidi residenziali socio-assistenziali per regione - Anno 2004

Regioni	Posti letto	Ospiti
Piemonte	104,6	92,3
Valle d'Aosta	93,8	93,4
Lombardia	68,8	64,3
Trentino-Alto Adige	109,6	107,4
Bolzano-Bozen	74,5	82,2
Trento	143,3	131,7
Veneto	77,4	72,9
Friuli-Venezia Giulia	108,8	97,3
Liguria	95,2	86,3
Emilia-Romagna	77,5	69,9
Toscana	52,9	47,9
Umbria	43,4	39,8
Marche	63,5	54,6
Lazio	38,0	30,6
Abruzzo	46,4	39,9
Molise	65,0	60,4
Campania	15,9	12,7
Puglia	31,8	21,6
Basilicata	20,3	15,6
Calabria	23,8	18,7
Sicilia	35,8	26,8
Sardegna	36,1	30,8
Nord-Ovest	81,8	74,6
Nord-Est	83,7	77,5
Centro	46,6	40,1
Sud	25,7	19,9
Isole	35,9	27,8
Italia	56,6	50,0

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia. Maggio 2007.

Piani Sanitari Regionali: orientamenti relativi all'area residenziale

L'analisi dei Piani Sanitari Regionali (PSR) vigenti ha permesso di valutare l'orientamento delle singole regioni relativamente all'offerta di residenzialità, rivolta in particolare alla popolazione anziana, e di evidenziare elementi comuni ma anche alcune peculiarità. Si sono considerati la valutazione di adeguatezza del proprio sistema di offerta, la coerenza dello stesso rispetto al modello "a rete" previsto dai Piani Sanitari Nazionali, nonché le eventuali indicazioni in merito alla appropriatezza del setting e delle *equipe* di assistenza. Un elemento importante, oggetto di valutazione da parte di molti PSR, riguarda il posizionamento di questo settore di offerta rispetto ai bisogni, ovvero la soddisfazione della domanda di residenzialità espressa dalla popolazione. Dall'analisi dei documenti si evince come in diverse regioni la struttura di offerta venga considerata adeguata, almeno dal punto di vista quantitativo: tra queste la Lombardia ove, grazie al raggiungimento degli obiettivi del precedente PSR 2002-2004, è stata incrementata e resa più omogenea la fruizione di queste strutture, la Provincia Autonoma di Bolzano, il Friuli-Venezia Giulia e la Toscana. In altre regioni l'offerta viene giudicata tuttora carente rispetto ai bisogni della popolazione, considerazione che sembra in contrasto con i dati riportati in tabella 3. La contraddizione è peraltro solo apparente dal momento che occorre evidenziare come l'indicatore relativo all'occupazione dei posti letto non fotografi il bisogno, ma semplicemente il livello di utilizzo dei servizi. Le indicazioni dei PSR sono frutto di valutazioni operate sulla base di dati complessivi riferiti alle statistiche demografiche e sanitarie della regione e non unicamente sui dati di utilizzo attuali, potenzialmente viziati da situazioni di inappropriata anche in ambito ospedaliero. In particolare in Valle d'Aosta si osserva, dai dati relativi al 2004, che il 68% delle giornate di ricovero *outlier* (che superano, cioè, la soglia di degenza prevista per ogni DRG) riguarda soggetti di età superiore ai 65 anni; tale indicatore individuerrebbe per via indiretta un fabbisogno non soddisfatto di assistenza residenziale, almeno in termini di corretto setting assistenziale. Anche la regione Marche individua carenze, sia come numero di posti letto che come livelli assistenziali, in particolare per quanto riguarda l'assistenza residenziale ad anziani non autosufficienti. Analogamente per la Sicilia si sottolinea una condizione di carenza di tali strutture, oltre ad un profilo di costi per il paziente elevati rispetto al reddito medio degli abitanti; così pure per la Sardegna vengono individuate diverse criticità nell'ambito dell'offerta di strutture residenziali per soggetti non autosufficienti a causa di una distribuzione territoriale non equilibrata e di livelli qualitativi non uniformi. Da sottolineare l'orientamento della Calabria, che considera le Residenze Sanitarie come "residenze speciali" per soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio con livello di tutela sanitaria medio-alto, ma caratterizzati da una situazione di stabilità clinica. Tuttavia l'osservazione che, a causa della carenza di una rete di lungodegenza e riabilitazione, le strutture sono chiamate ad offrire una risposta a numerose situazioni di post-acuzie, ha portato a definire in questa regione un regime transitorio con ulteriore dotazione di posti letto ad un livello assistenziale sostitutivo della lungodegenza ospedaliera, che accolga pazienti in dimissione dall'ospedale per periodi di degenza a termine (massimo 60 giorni). Tali strutture vengono definite "Residenze sanitarie ad elevata medicalizzazione" ed è previsto un loro successivo riaccreditamento come Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o Case Protette con la progressiva attivazione della lungodegenza ospedaliera. Gli indirizzi programmatori si orientano verso un'espansione dell'offerta in Piemonte, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Liguria, Lazio, Marche, Abruzzo e Calabria, oppure, come in Lombardia e Sardegna, verso politiche di contenimento e di monitoraggio dei costi legati a questo particolare livello di assistenza. La Provincia Autonoma di Trento, sottolineando l'elevata incidenza della spesa per questo ambito sul bilancio complessivo, pone l'obiettivo di contenere il numero di posti letto entro un totale di 4.000 (Piano Sanitario Provinciale 2000-2002), mentre il Friuli-Venezia Giulia ipotizza uno "sblocco selettivo" delle autorizzazioni per la costruzione di nuove strutture. In alcuni documenti (è il caso di Piemonte, Veneto, Basilicata e Sardegna) viene sottolineata la opportunità di intervenire attraverso processi di riconversione e riorganizzazione di strutture già esistenti. Relativamente alla coerenza del modello di riferimento, esso è rappresentato, in tutti i documenti consultati, pur con qualche apprezzabile differenza, dal modello "a rete". Nell'ambito di alcuni PSR, infatti, viene messo in luce l'obiettivo di creare una rete territoriale, che comprenda anche servizi integrativi alle strutture residenziali e, nella maggior parte dei casi, veda il distretto come componente centrale di coordinamento. Così ad esempio la Valle d'Aosta considera in particolare le RSA come l'anello di congiunzione tra la rete dei servizi domiciliari e il presidio ospedaliero, mentre la Lombardia riporta fra i propri obiettivi lo sviluppo di una politica tariffaria a sostegno di una rete di servizi integrativi alle RSA. La Toscana, nel processo di realizzazione delle RSA, ha privilegiato l'utilizzo di strutture polifunzionali che aggregano moduli residenziali e servizi territoriali. A tal proposito è opportuno sottolineare come molte regioni ribadiscano l'importanza, accanto alla riqualificazione dell'offerta residenziale, di un potenziamento dell'assistenza domiciliare (Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Campania, Basilicata, Sardegna). Un elemento comune che emerge dall'analisi di molti PSR è l'enfasi posta sul significato che un aumento e una riqualificazione di strutture residenziali può avere ai fini di una riduzione del ricorso al ricovero negli ospedali per acuti aumentando l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Fanno esplicito riferimento a tale aspetto le regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Basilicata, Calabria e Sicilia, oltre che la Provincia

Autonoma di Trento. Altre regioni, come Emilia-Romagna, Marche, Umbria e Sardegna, sottolineano l'importanza del ruolo di *équipe* multiprofessionali che abbiano il compito di definire i criteri e le modalità per l'accesso alle diverse tipologie di servizi residenziali. È stata effettuata, infine, una revisione della normativa regionale specifica riguardante in particolare le RSA; in tabella 4 vengono riportati i principali riferimenti e l'oggetto principale degli stessi. La ricerca è stata svolta mediante la consultazione di siti istituzionali e di basi dati contenenti la normativa nazionale e regionale, con inserimento di parole chiave. Essa presenta limiti oggettivi dovuti alla disponibilità e alla completezza del materiale pubblicato nei siti stessi, considerando anche la latenza tra la produzione di un documento e il momento in cui è disponibile sul web. Tale aspetto, se non corretto, costituisce evidentemente un considerevole ostacolo allo sviluppo di questa tipologia di analisi comparativa.

Tabella 4 - Piani sanitari regionali in vigore e panoramica sui principali riferimenti normativi regionali

Regioni	Piano sanitario o socio-sanitario vigente	Norm. specifica RSA	Sintesi contenuto normativa
Piemonte	Piano socio-sanitario regionale 2006-2010 ¹	a. Dgr 41-42433/1995 b. LR 73/1996 c. Dcr 616-3149/2000 d. Dgr 42-12004/2004	a. Requisiti b. Finanziamenti c. Requisiti ⁴ d. Modifiche Dgr 32-29522/2000
Valle d'Aosta	Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2006-2008	a. Dgr 722/2004 e Dgr 2418/2006	a. Requisiti organizzativi
Lombardia	Piano socio-sanitario regionale 2007-2009	a. Dgr 12904/2003 b. Dgr 12618/2003 c. Dgr 1143/2005 d. Dgr 3059/2006	a. Remunerazione RSA e Hospice b. Standard di personale c. Remunerazione qualità aggiunta d. Remunerazione RSA accreditate
Bolzano-Bozen	<i>Piano sanitario Provinciale 2000-2002</i>		
Trento	<i>Piano sanitario Provinciale 2000-2002</i>	a. DGP 30-40/2000 b. DGP130/2001	a. Autorizzazione e accreditamento ⁴ b. Direttive RSA
Veneto	Piano socio-sanitario regionale 1996-1998 ²	a. Dgr 751 e 752/2000 b. Dgr 3632/2000 c. Dgr 456/2007	a. Assistenza extraospedaliera b. Criteri mobilità c. Criteri accesso
Friuli-Venezia Giulia	Piano sanitario e socio-sanitario 2006-2008	a. LR 10/1998 b. Dgr 688/1999	a. Tutela salute anziani b. Riqualificazione strutture residenziali
Liguria	Piano socio-sanitario regionale 2003-2005	a. Dgr 395/2002 b. Dgr 308/2005	a. Riordino residenzialità extraospedaliera b. Accreditamento ⁴
Emilia-Romagna	Piano socio-sanitario regionale 2007-2009	a. Dgr 1378/1999 e seguenti b. Dgr 564/2000	a. Direttive servizi socio-sanitari b. Autorizzazione al funzionamento ⁴
Toscana	Piano sanitario regionale 2005-2007	a. Dgr 306/2001 b. Dgr 412/2001 c. Dgr 402/2004	a. Protocollo di intesa per RSA b. Adeguamento quota sanitaria c. Riqualificazione assistenza anziani
Umbria	Piano sanitario regionale 2003-2005	a. Dgr 6475/1998	a. Regolamentazione rapporti con SSR ⁵
Marche	Piano sanitario regionale 2007-2009	a. LR 20/2000 b. Dgr 1566/2004 c. Dgr 289/2005 ⁶	a. Autorizzazione e accreditamento b. Riqualificazione strutture residenziali ⁷ c. Ripartizione posti letto in RSA
Lazio	Piano sanitario regionale 2002-2004	a. LR 41/1993 b. Dgr 2499/1997 c. Circ 40/1997 d. Dgr 6020/1998	a. Organizzazione, funzionamento e realizzazione RSA b. Provvedimenti realizzazione RSA c. Azioni per le ASL d. Finanziamenti
Abruzzo	Piano sanitario regionale 1999-2001	a. Dgr 1175/1996 b. Dgr 312/1997 c. LR 125/1999 d. Dgr 203/2005	a. Attuazione PSR 1994-1996 per RSA b. Fissazione diarie c. Interventi per attivazione RSA pubbliche d. Linee negoziali RSA private accreditate
Molise	Piani sanitario regionale 1997-1999 ³	a. Dgr 523/1995	a. Recepimento linee guida 1/1994
Campania	Piano sanitario regionale 2002-2004	a. LR 8/2003	a. Realizzazione, organizzazione e funzionamento RSA pubbliche e private
Puglia	Piano sanitario regionale 2002-2004		
Basilicata	Piano regionale socio-assistenziale 2000-2002	Nota 8	
Calabria	Piano regionale per la salute 2004-2006	a. Dgr 695/2003	a. Criteri programmazione e funzionamento RSA
Sicilia	Piano socio-sanitario regionale 2000-2002	a. Decreto Presidenziale 25/10/1999 b. DASS 27/04/2006	a. Standards strutturali e funzionali b. Disposizioni (rette, criteri di accesso)
Sardegna	Piano regionale dei servizi sanitari 2006-2008	a. Dgr 25-6/2006	a. Linee di indirizzo

Note

1. Si tratta della proposta di Piano socio-sanitario regionale 2006-2010, approvata, in prima bozza, dalla Giunta regionale il 28.12.2005. A gennaio 2007 è in fase avanzata la discussione sulle proposte di modifica ed integrazione del documento; il Piano dovrà essere poi approvato dal Consiglio.
2. Ai fini della presente valutazione è stata considerata la Relazione socio-sanitaria della Regione Veneto- Anno 2004.
3. Non reperibile sul web.
4. Generale, non specifico per RSA, ma con capitolo dedicato.
5. Riguarda strutture private, fra cui residenze sanitarie assistenziali.
6. Testo integrale non reperito.
7. Dgr relativa ai servizi per anziani nel loro complesso, non specifica per RSA o altre strutture residenziali.
8. I requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per le RSA sono quelli stabiliti dal DPR 14/01/1997.

Sitografia

- (1) www.regione.piemonte.it.
- (2) <http://arianna.consiglioregionale.piemonte.it>.
- (3) www.comune.torino.it.
- (4) www.regione.vda.it.
- (5) www.regione.lombardia.it.
- (6) www.comune.bolzano.it/prog/delibere/index_it.php.
- (7) www.delibere.provincia.tn.it.
- (8) www.regione.veneto.it/Normativa/.
- (9) www.regione.fvg.it/istituzionale/leggi/leggi.htm.
- (10) www.bur.liguria.inrete.it.
- (11) www.regione.liguria.it.
- (12) www.regione.emilia-romagna.it/ERMES/index.htm.
- (13) www.regione.toscana.it.
- (14) <http://sanita.regione.umbria.it>.
- (15) www.regione.marche.it.
- (16) www.coordstatuti.regione.marche.it/normativa_regionale.
- (17) www.regione.lazio.it.
- (18) www.regione.abruzzo.it.
- (19) www.regione.molise.it.
- (20) www.sito.regione.campania.it/leggi_regionali/index_leggi.htm.
- (21) www.consiglio.puglia.it/documentazione/leges/codice_leggi.asp.
- (22) www.regione.calabria.it.
- (23) www.regione.sicilia.it.
- (24) www.regione.sardegna.it/regione/giunta/delibere.html.
- (25) www.ministerosalute.it.
- (26) www.centromaderna.it.
- (27) www.sedes.it.

Dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma

Significato. L'asma è una malattia infiammatoria cronica che interessa le vie aeree. È caratterizzata da ricorrenti riacutizzazioni che, nei soggetti suscettibili, possono essere causate da infezioni respiratorie, esposizione ad allergeni oppure ad agenti sensibilizzanti professionali.

Le riacutizzazioni, la progressiva riduzione della funzionalità respiratoria e l'insorgenza della broncopneumopatia cronica ostruttiva possono essere attribuibili ad una non corretta gestione del paziente asmatico.

Tali pazienti necessitano, per una corretta gestione della patologia, della definizione del profilo di rischio, dell'individuazione di una terapia farmacologica efficace ed educativa, mirata all'autogestione, e di un *follow-up* regolare e sistematico.

Tra i *Prevention Quality Indicators* dell'AHRQ le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma tra gli adulti valutano indirettamente la presenza di un'adeguata rete di servizi territoriali per l'appropriata gestione dell'asma.

Tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per asma di 18 anni e oltre	x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente di 18 anni e oltre	

Validità e limiti. L'indicatore si riferisce ai ricoveri per acuti di 18 anni e oltre con diagnosi principale per asma (ICD-9-CM: 493.00-02; 493.10-12; 493.20-22; 493.90-92) in regime di ricovero ordinario, avvenuti negli istituti pubblici e privati accreditati nell'anno 2005.

Sono state utilizzate le fonti ufficiali dei dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute per i ricoveri e l'Istat per la popolazione media residente. La standardizzazione dei tassi è stata eseguita con il metodo diretto, considerando come standard la popolazione media residente in Italia nel 2001.

La possibilità di disporre di dati relativi esclusivamente ai ricoveri di pazienti residenti consente di valutare, in maniera più precisa, il grado di inappropriata delle strutture territoriali regionali.

Per tale indicatore potrebbe essere presente un bias determinato dalla diversa prevalenza della malattia nelle varie regioni.

La rappresentazione di "intervalli di posizione" fornisce elementi preliminari di confronto tra regioni e nei diversi anni, in una logica tesa al miglioramento dell'appropriatezza in ogni singola regione.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo si è considerata la suddivisione in terzili dei tassi regionali. Tale scelta è legata alla distribuzione dei tassi ed è il massimo grado di disaggregazione utile ai fini della valutazione.

Descrizione dei risultati

Per l'anno 2005, nell'intervallo che va dal valore minimo al primo terzile incluso (0,10-0,15) troviamo: Valle d'Aosta, Piemonte, Marche, Basilicata, Provincia Autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia; dal primo terzile escluso al secondo terzile (0,15-0,20): Toscana, Liguria, Sicilia, Lazio, Veneto, Lombardia, Umbria; dal secondo terzile escluso al valore massimo (0,24-0,39): Puglia, Calabria, Campania, Provincia Autonoma di Bolzano, Abruzzo, Molise e Sardegna.

È stata valutata negli anni 2001-2005 la rilevante modifica di posizione delle regioni, identificata dal passaggio da un terzile ad un altro.

Presentano uno spostamento dal secondo al terzo terzile l'Abruzzo (0,26, 95% IC: 0,25-0,27; 0,30, 95% IC: 0,29-0,31) ed il Molise (0,29, 95% IC: 0,27-0,31; 0,32, 95% IC: 0,30-0,34).

Il Veneto pur presentando una riduzione del tasso da 0,25 (95% IC: 0,24-0,25) a 0,19 (95% IC: 0,19-0,20), si è spostato dal primo al secondo terzile.

Le regioni che hanno presentato un miglioramento della posizione nei terzili sono la Basilicata dal terzo (0,50, 95% IC: 0,48-0,53) al primo terzile (0,13, 95% IC: 0,12-0,13) e la Sicilia dal terzo (0,31, 95% IC: 0,30-0,31) al secondo terzile (0,17, 95% IC: 0,17-0,17).

La situazione italiana è nel complesso migliorata. Tutte le variazioni indicate sono statisticamente significative.

Tabella 1 - Distribuzione in terzi del tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per asma, per regione - Anni 2001-2005

Regioni	2001 95% IC	Regioni	2002 95% IC	Regioni	2003 95% IC	Regioni	2004 95% IC	Regioni	2005 95% IC
Valle d'Aosta	0,13 0,11-0,15	Valle d'Aosta	0,14 0,12-0,17	Valle d'Aosta	0,08 0,07-0,10	Piemonte	0,10 0,10-0,11	Valle d'Aosta	0,10 0,08-0,12
Piemonte	0,17 0,17-0,18	Piemonte	0,15 0,15-0,16	Piemonte	0,12 0,12-0,12	Friuli-Venezia Giulia	0,13 0,12-0,13	Piemonte	0,11 0,11-0,12
Friuli-Venezia Giulia	0,20 0,19-0,21	Marche	0,17 0,16-0,18	Emilia-Romagna	0,15 0,14-0,15	Marche	0,13 0,13-0,14	Marche	0,12 0,12-0,13
Marche	0,21 0,20-0,22	Trento	0,17 0,16-0,18	Trento	0,15 0,14-0,16	Emilia-Romagna	0,14 0,14-0,15	Basilicata	0,13 0,12-0,13
Trento	0,22 0,21-0,23	Friuli-Venezia Giulia	0,17 0,16-0,18	Friuli-Venezia Giulia	0,16 0,15-0,16	Valle d'Aosta	0,15 0,12-0,17	Trento	0,14 0,13-0,15
Emilia-Romagna	0,22 0,22-0,23	Emilia-Romagna	0,19 0,18-0,19	Marche	0,16 0,16-0,17	Toscana	0,16 0,15-0,16	Emilia-Romagna	0,14 0,14-0,15
Veneto	0,25 0,24-0,25	Toscana	0,20 0,19-0,20	Toscana	0,17 0,17-0,18	Trento	0,16 0,15-0,17	Friuli-Venezia Giulia	0,15 0,14-0,16
Toscana	0,26 0,25-0,26	Veneto	0,22 0,21-0,22	Veneto	0,19 0,19-0,20	Lazio	0,20 0,19-0,20	Toscana	0,15 0,15-0,15
Abruzzo	0,26 0,25-0,27	Lombardia	0,22 0,22-0,22	Lazio	0,19 0,19-0,20	Lombardia	0,20 0,20-0,20	Liguria	0,17 0,16-0,17
Lazio	0,26 0,25-0,26	Lazio	0,23 0,22-0,23	Lombardia	0,21 0,20-0,21	Veneto	0,21 0,20-0,21	Sicilia	0,17 0,17-0,17
Lombardia	0,28 0,27-0,28	Liguria	0,28 0,27-0,29	Umbria	0,24 0,23-0,25	Umbria	0,21 0,20-0,22	Lazio	0,18 0,18-0,18
Molise	0,29 0,27-0,31	Sicilia	0,28 0,28-0,29	Liguria	0,24 0,23-0,25	Sicilia	0,22 0,22-0,23	Veneto	0,19 0,18-0,19
Umbria	0,30 0,29-0,31	Umbria	0,29 0,28-0,30	Campania	0,24 0,24-0,25	Campania	0,23 0,23-0,24	Lombardia	0,19 0,19-0,19
Liguria	0,30 0,29-0,31	Abruzzo	0,30 0,29-0,31	Basilicata	0,25 0,24-0,26	Liguria	0,23 0,23-0,24	Umbria	0,20 0,19-0,21
Sicilia	0,31 0,30-0,31	Campania	0,30 0,30-0,31	Sicilia	0,26 0,26-0,27	Basilicata	0,23 0,22-0,25	Puglia	0,24 0,24-0,25
Campania	0,32 0,32-0,33	Basilicata	0,30 0,29-0,32	Abruzzo	0,26 0,25-0,27	Calabria	0,25 0,24-0,26	Calabria	0,26 0,25-0,27
Puglia	0,35 0,34-0,35	Bolzano-Bolzen	0,30 0,28-0,32	Puglia	0,30 0,29-0,30	Bolzano-Bolzen	0,26 0,24-0,27	Campania	0,27 0,27-0,28
Bolzano-Bolzen	0,38 0,36-0,40	Molise	0,30 0,28-0,32	Calabria	0,33 0,32-0,34	Puglia	0,28 0,27-0,28	Bolzano-Bolzen	0,27 0,25-0,29

Tabella 1 - (segue) Distribuzione in terzi del tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per asma, per regione - Anni 2001-2005

Regioni	2001 95% IC	Regioni	2002 95% IC	Regioni	2003 95% IC	Regioni	2004 95% IC	Regioni	2005 95% IC
Calabria	0,42 0,41-0,43	Puglia	0,35 0,34-0,35	Molise	0,36 0,34-0,38	Abruzzo	0,31 0,30-0,33	Abruzzo	0,30 0,29-0,31
Sardegna	0,44 0,43-0,46	Calabria	0,41 0,40-0,42	Bolzano-Bolzen	0,37 0,35-0,39	Molise	0,33 0,31-0,35	Molise	0,32 0,30-0,34
Basilicata	0,50 0,48-0,53	Sardegna	0,47 0,45-0,48	Sardegna	0,45 0,44-0,46	Sardegna	0,42 0,41-0,43	Sardegna	0,39 0,38-0,40
Italia	0,28 0,28-0,28	Italia	0,25 0,25-0,25	Italia	0,22 0,22-0,22	Italia	0,21 0,20-0,21	Italia	0,19 0,19-0,20

Nota: La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

La sinergia programmatoria, organizzativa, operativa e di valutazione, a livello strategico, per il trattamento di specifiche patologie croniche quali l'asma, rappresenta uno degli impegni principali di una visione evoluta di *primary care* a cui fornisce utili spunti di supporto il *chronic care model* (5).

Tale modello riguarda l'adozione di principi, logiche e strumenti secondo una visione sistematica del trattamento dei pazienti.

Esso è caratterizzato da un'adeguata informazione dei pazienti, dalla promozione dell'auto-assistenza, dall'adozione di percorsi assistenziali secondo logiche di disease management e dall'attivazione di team pluriprofessionali, integrati e dedicati, necessari al fine di migliorare l'assistenza dei malati cronici.

L'analisi dell'andamento regionale nell'arco di un quinquennio consente una iniziale valutazione dell'evoluzione delle politiche sanitarie attuate nel periodo considerato.

Alla luce di questi dati si osserva ancora un elevato utilizzo a livello ospedaliero e, quindi, la necessità di potenziare l'assistenza territoriale e l'integrazione ospedale territorio.

Riferimenti bibliografici

- (1) AHRQ Quality Indicators. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001 Version 3.1 (March 2007). <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (ultimo accesso: Aprile 2007).
- (2) Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Ildeson-Gnocchi, 2005.
- (3) Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006. Gazzetta Ufficiale 8 giugno 2006, Serie Generale, n. 131.
- (4) Damiani G, de Belvis AG, Siliquini R, Trani F, Mainelli MT. Appropriatazza organizzativa della gestione delle cronicità ed integrazione ospedale-territorio: asma bronchiale in pazienti di età > 18 anni e diabete mellito con complicanze tardive (CLT). In: Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2005; PREX, Milano.
- (5) Wagner E.H., Davis C., Schaefer J., et al., 1999: A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed care quarterly*; 7: 56-66.

Dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito

Significato. Il diabete mellito è una patologia endocrina, le cui cause sono sconosciute, caratterizzata da alterazioni del metabolismo glucidico; presenta un decorso cronico-degenerativo con tendenza a manifestare complicanze a breve ed a lungo termine.

Un corretto trattamento di tale patologia a livello territoriale dovrebbe tradursi nella individuazione dei soggetti maggiormente a rischio, nella sistematica attuazione di interventi di prevenzione, nella diagnosi

precoce, nella definizione di una appropriata terapia e di un adeguato trattamento delle complicanze.

Il tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per Complicanze a Lungo Termine del Diabete mellito (CLTD) presentato nei "Prevention Quality Indicators" dell'AHRQ, consente di valutare indirettamente l'appropriatezza della gestione territoriale del diabete.

Tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabile per complicanze a lungo termine del diabete mellito

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per CLTD di 18 anni e oltre	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente di 18 anni e oltre	

Validità e limiti.L'indicatore si riferisce ai ricoveri per acuti di 18 anni e oltre, con diagnosi principali per CLTD (Codici ICD-9-CM: 250.40-43, 250.50-53, 250.60-63, 250.70-73, 250.80-83 e 250.90-93) in regime di ricovero ordinario, avvenuti negli istituti pubblici e privati accreditati nel 2005.

È stato valutato, inoltre, per gli anni 2001-2005 la distribuzione in terzili dei tassi standardizzati delle diverse regioni italiane, con relativo intervallo di confidenza al 95%.

Sono state utilizzate le fonti ufficiali dei dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute per i ricoveri e l'Istat per la popolazione media annua residente. La standardizzazione dei tassi è stata eseguita con il metodo diretto, considerando come standard la popolazione media residente in Italia nel 2001.

La rappresentazione di "intervalli di posizione" fornisce elementi preliminari di confronto tra regioni e nei diversi anni, in una logica tesa al miglioramento dell'appropriatezza in ogni singola regione.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo si è considerata la suddivisione in terzili dei tassi regionali. Tale scelta è

legata alle distribuzioni dei tassi ed è il massimo grado di disaggregazione utile ai fini della valutazione.

Descrizione dei risultati

Per l'anno 2005, nell'intervallo che va dal valore minimo assunto dal tasso standardizzato per CLTD al primo terzile incluso (0,13-0,32) troviamo le regioni: Marche, Valle d'Aosta, Umbria, Toscana, Sardegna, Liguria e Piemonte; dal primo terzile escluso al secondo terzile (0,37-0,51) le regioni: Emilia-Romagna, Abruzzo, la Provincia Autonoma di Trento, Lazio, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Veneto; dal secondo terzile escluso al valore massimo (0,52-0,85) Campania, Provincia Autonoma di Bolzano, Calabria, Molise, Basilicata, Sicilia e Puglia.

Sono state valutate nel corso del quinquennio le più rilevanti modifiche di posizione delle regioni, rappresentate dal passaggio da un terzile ad un altro. L'Emilia-Romagna è passata dal primo terzile nel 2001 al secondo nel 2005, variando da 0,35 (95% IC: 0,34-0,35) a 0,37 (95% IC: 0,37-0,38); la Sardegna dal secondo al primo terzile, con un tasso che è passato da 0,44 (95% IC: 0,43-0,45) a 0,31 (95% IC: 0,30-0,32). Entrambe le variazioni sono statisticamente significative.

Tabella 1 - Distribuzione in terzi del tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per CLTD, per regione - Anni 2001-2005

Regioni	2001 95% IC	Regioni	2002 95% IC	Regioni	2003 95% IC	Regioni	2004 95% IC	Regioni	2005 95% IC
Marche	0,27 0,26-0,28	Marche	0,22 0,22-0,23	Valle d'Aosta	0,16 0,13-0,19	Marche	0,17 0,16-0,17	Marche	0,13 0,13-0,14
Liguria	0,33 0,32-0,34	Umbria	0,31 0,30-0,33	Marche	0,16 0,15-0,17	Toscana	0,27 0,27-0,28	Valle d'Aosta	0,14 0,12-0,17
Emilia-Romagna	0,35 0,34-0,35	Toscana	0,32 0,32-0,33	Toscana	0,27 0,26-0,28	Valle d'Aosta	0,30 0,27-0,33	Umbria	0,21 0,20-0,22
Umbria	0,37 0,36-0,38	Piemonte	0,34 0,33-0,34	Umbria	0,30 0,29-0,32	Sardegna	0,31 0,30-0,32	Toscana	0,26 0,26-0,27
Toscana	0,38 0,37-0,38	Liguria	0,34 0,33-0,35	Liguria	0,32 0,31-0,33	Liguria	0,32 0,31-0,33	Sardegna	0,31 0,30-0,32
Piemonte	0,39 0,38-0,40	Valle d'Aosta	0,34 0,31-0,38	Emilia-Romagna	0,34 0,33-0,35	Emilia-Romagna	0,33 0,33-0,34	Liguria	0,31 0,30-0,32
Valle d'Aosta	0,42 0,38-0,46	Emilia-Romagna	0,35 0,35-0,36	Friuli-Venezia Giulia	0,35 0,34-0,37	Umbria	0,34 0,33-0,36	Piemonte	0,32 0,31-0,32
Sardegna	0,44 0,43-0,45	Friuli-Venezia Giulia	0,36 0,35-0,37	Sardegna	0,36 0,35-0,38	Piemonte	0,36 0,36-0,37	Emilia-Romagna	0,37 0,37-0,38
Friuli-Venezia Giulia	0,45 0,44-0,46	Veneto	0,41 0,40-0,41	Piemonte	0,39 0,38-0,40	Friuli-Venezia Giulia	0,40 0,39-0,42	Abruzzo	0,41 0,40-0,42
Veneto	0,48 0,48-0,49	Sardegna	0,43 0,42-0,44	Veneto	0,39 0,38-0,40	Lombardia	0,44 0,43-0,44	Trento	0,44 0,42-0,46
Lombardia	0,48 0,48-0,49	Lombardia	0,43 0,42-0,43	Lombardia	0,40 0,40-0,41	Abruzzo	0,45 0,44-0,47	Lazio	0,44 0,43-0,45
Lazio	0,49 0,49-0,50	Bolzano-Bolzen	0,54 0,52-0,57	Abruzzo	0,52 0,50-0,54	Veneto	0,46 0,46-0,47	Friuli-Venezia Giulia	0,45 0,43-0,46
Abruzzo	0,56 0,55-0,58	Lazio	0,55 0,55-0,56	Trento	0,56 0,53-0,59	Trento	0,55 0,52-0,57	Lombardia	0,45 0,45-0,45
Trento	0,61 0,59-0,64	Abruzzo	0,56 0,54-0,57	Lazio	0,56 0,55-0,57	Bolzano-Bolzen	0,57 0,55-0,60	Veneto	0,51 0,50-0,51
Bolzano-Bolzen	0,62 0,59-0,64	Trento	0,61 0,58-0,63	Bolzano-Bolzen	0,57 0,54-0,61	Campania	0,58 0,57-0,58	Campania	0,52 0,51-0,53
Molise	0,78 0,75-0,81	Campania	0,76 0,75-0,77	Campania	0,67 0,66-0,68	Lazio	0,58 0,57-0,59	Bolzano-Bolzen	0,55 0,53-0,58
Campania	0,85 0,84-0,86	Molise	0,76 0,73-0,80	Calabria	0,67 0,65-0,68	Calabria	0,76 0,75-0,77	Calabria	0,71 0,70-0,72
Calabria	0,90 0,88-0,92	Basilicata	0,84 0,82-0,87	Molise	0,68 0,64-0,72	Molise	0,78 0,74-0,81	Molise	0,76 0,73-0,80

Tabella 1 - (segue) Distribuzione in terzi del tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per CLTD, per regione - Anni 2001-2005

Regioni	2001 95% IC	Regioni	2002 95% IC	Regioni	2003 95% IC	Regioni	2004 95% IC	Regioni	2005 95% IC
Basilicata	0,91 0,88-0,94	Calabria	0,85 0,84-0,87	Basilicata	0,82 0,79-0,86	Puglia	0,91 0,90-0,92	Basilicata	0,80 0,77-0,82
Sicilia	0,95 0,94-0,96	Sicilia	0,93 0,92-0,94	Sicilia	0,95 0,94-0,97	Basilicata	0,92 0,90-0,95	Sicilia	0,82 0,81-0,83
Puglia	1,05 1,04-1,06	Puglia	1,02 1,01-1,03	Puglia	0,96 0,94-0,97	Sicilia	0,95 0,94-0,96	Puglia	0,85 0,84-0,86
Italia	0,97 0,97-1,06	Italia	0,93 0,93-1,03	Italia	0,90 0,90-0,97	Italia	0,91 0,91-0,96	Italia	0,82 0,82-0,86

Nota: La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento. Ministero della Salute. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'adozione di strategie di *chronic care model* (5), calate nelle realtà regionali e locali, potrebbe rappresentare un utile strumento per migliorare l'assistenza territoriale delle cronicità e fornire un modello di gestione integrata al fine di controllare la malattia diabetica, migliorare la qualità di vita dei pazienti e ridurre i costi.

Rappresentano aspetti fondamentali per un sistema di gestione integrato della patologia, volto alla tutela della salute: la creazione di un team sanitario multidisciplinare, l'informazione ed il sostegno dei pazienti, l'attuazione di Linee Guida in percorsi assistenziali specifici per il trattamento del diabete, la definizione ed il monitoraggio di indicatori di processo e di esito (valori Hb A1c, glicemia, lipidi ematici e creatinemia, microalbuminuria, monitoraggio pressione arteriosa, esame del fondo dell'occhio).

L'effettuazione partecipata ed attiva di *follow-up* regolari e sistematici, con intensità differenti a seconda della gravità clinica, contribuisce al controllo della malattia.

Alla luce di questi dati si osserva ancora un elevato utilizzo a livello ospedaliero e, quindi, la necessità di potenziare l'assistenza territoriale e l'integrazione ospedale territorio.

Riferimenti bibliografici

- (1) AHRQ Quality Indicators. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001 Version 3.1 (March 2007). <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (ultimo accesso: Aprile 2007).
- (2) Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Ildeson-Gnocchi, 2005.
- (3) Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005.
- (4) Damiani G, de Belvis A.G., Colosimo S., Sicuro L., Ricciardi G. Politiche sanitarie regionali e modelli organizzativi distrettuali. Evidenze epidemiologiche dai Rapporti Osservasalute. In: Atti del Congresso CARD "Welfare, Devolution, Distretto. Percorsi, continuità delle cure, integrazione sociosanitaria per l'equità dell'accesso, per l'uniformità degli esiti", San Marino, 28/30 Settembre 2006 pg 29-40.
- (5) Wagner E.H., Davis C., Schaefer J., et al., 1999: A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed care quarterly*; 7: 56-66.

Telemedicina: esperienze in regione Lombardia

Dott.ssa Rossella Curci, Dott.ssa Anna Paola Cantù, Prof. Francesco Auxilia

Il termine telemedicina comprende un ampio spettro di applicazioni cliniche e di servizi nel campo della salute, implementati grazie all'utilizzo di una vasta gamma di tecnologie e comprendenti sia servizi interattivi di consultazione che di diagnosi. Le più recenti applicazioni prevedono attività come la consultazione a distanza di diversi specialisti, la trasmissione di elettrocardiogrammi (ECG) o immagini radiologiche, il monitoraggio a domicilio di pazienti cronici o appena dimessi da strutture ospedaliere, oltre a servizi di formazione per i professionisti della salute e servizi di second-opinion.

I primi esperimenti di telemedicina sono iniziati in Italia a partire dal 1976 con la trasmissione di ECG a distanza, ma solo 15 anni più tardi, con l'istituzione del Servizio 118 per le urgenze, la telemedicina ha visto applicazioni più ad ampio spettro.

La Lombardia ha sempre dimostrato interesse per questo settore e ha condotto negli ultimi anni diverse esperienze, molte delle quali ancora in corso.

Fra le principali applicazioni previste da tali progetti vi è il monitoraggio e l'assistenza a domicilio di pazienti affetti da patologie croniche o post-acute. È il caso del progetto CRITERIA (Confronti fra Reti Integrate Tecnologiche per gestire al domicilio pazienti post-acute e cronici: Ricerca Applicata), iniziato nel 2002, rivolto in particolare a pazienti cardiopatici e avente l'obiettivo di confrontare, in termini di costo-efficacia, due programmi di cura domiciliare (Ospedalizzazione Domiciliare Riabilitativa post-cardiochirurgica e TeleSorveglianza Sanitaria Domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio-grave).

Altra applicazione molto diffusa è quella dei servizi di *second-opinion* la cui implementazione è stata valutata nell'ambito di progetti quali SUMMA (*Second-opinion* Unificata per Medici di Medicina Generale Associati) e DiCIT (Dipartimento delle Cure Intermedie Telematiche nella ospedalità domiciliare). Per quanto riguarda il primo, concluso nel 2006, è stata prevista la creazione di una rete telematica tale da consentire l'erogazione di prestazioni di *second-opinion* specialistica da parte di medici specialisti nei confronti di Medici di Medicina Generale (MMG), nell'ambito di cinque specialità: cardiologia, reumatologia, pneumologia, diabetologia e dermatologia. La maggiore peculiarità del progetto è stata quella di valutarne l'impatto, sia con riferimento ad aree geografiche limitate e scarsamente servite da strutture di secondo livello che in centri urbani. Il secondo, promosso da Regione Lombardia, finanziato dal Ministero della Salute e attuato dall'ASL Città di Milano, offre ai pazienti affetti da insufficienza cardiaca o cardiopatia ischemica l'assistenza domiciliare, costantemente controllata da parte del MMG. Il progetto consente, infatti, a quest'ultimo di effettuare l'esame elettrocardiografico e trasmetterlo, attraverso il telefono, al cardiologo della centrale operativa.

Un modello innovativo di *partnership* pubblico-privato per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria è quello proposto dal Progetto Virgilio, iniziato nel 2005. In questo ambito sono stati messi a punto il progetto RADICI (Reti A Diversa Intensità di Cura Integrate), attualmente in corso e dedicato ai pazienti diabetici, volto alla definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici, allo studio dell'integrazione tra la rete ospedaliera e i servizi sul territorio e tra il MMG e lo specialista, e il progetto Telemaco (Telemedicina nei piccoli comuni lombardi), che mira a facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie.

Altro progetto di notevole interesse, che coinvolge la Regione Lombardia, gli Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP) di Milano e gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna, è il progetto VIRTUS (*VIRTUAL hoSpital*), approvato dalla Comunità Europea nel 2002 e che sta sviluppando una rete di ospedali virtuali in ambito europeo. VIRTUS eroga servizi sanitari a distanza sia in internet, permettendo ai cittadini ed ai MMG un accesso ospedaliero diretto, sia su una rete dedicata che permette teleconsulti.

Infine anche l'area della formazione dei professionisti è stata interessata da alcune iniziative fra cui la creazione (2003-2005) di una Rete Telematica per la Formazione a Distanza (FAD) e la Gestione delle Conoscenze con l'obiettivo di mettere in connessione i Presidi Ospedalieri della Lombardia e finalizzata anche all'autofornitura dei professionisti della salute.

Sitografia

- (1) www.sanita.regione.lombardia.it.
- (2) www.cardiologicomonzino.it/italiano/criteria.htm.
- (3) www.dicit.it.
- (4) <http://summa.cefriel.it>.
- (5) <http://radici.cefriel.it>.
- (6) www.virtual-hospital.org.

Prestazioni residenziali e semi-residenziali

Dott. Enrico Brizioli

Contesto

Il Mattone ha avuto come mandato la costruzione di un flusso informativo delle prestazioni residenziali e semi-residenziali per Anziani, Disabili e Pazienti Psichiatrici. Poiché il flusso dovrà alimentare in modo coerente il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) è apparsa subito evidente la necessità di definire modelli organizzativi uniformi, ai quali siano riferibili le singole prestazioni e/o attività. Nel settore residenziale si registra nelle diverse regioni una marcata variabilità dei modelli autorizzativi ed organizzativi, nonché delle modalità di erogazione del servizio, tali da imporre una ricognizione delle diverse tipologie di prestazioni e la loro riconduzione ad un modello unitario condiviso.

Anziani

Si intendono per prestazioni residenziali e semiresidenziali il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione. La prestazione non definisce quindi un singolo atto assistenziale, ma il complesso dell'assistenza erogata.

La prestazione si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero o in strutture extra-ospedaliere specializzate per la riabilitazione.

In considerazione della relativa variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali, per i diversi bisogni degli ospiti si prevedono diversi livelli di accreditamento delle strutture coerentemente con la capacità di rispondere alle specifiche esigenze assistenziali.

Criteria di accesso e percorsi

L'accesso alle prestazioni residenziali deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza.

L'utente per il quale sia individuata la condizione di non autosufficienza e non assistibilità a domicilio avrà, quindi, diritto di scegliere il luogo di cura nell'ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Poiché il sistema prevede diversi livelli di intensità di cura, il diritto di accesso alle stesse dovrà essere subordinato alla verifica della effettiva appropriatezza della indicazione, sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni dell'utente.

Livelli prestazionali e codici

Per una corretta definizione delle prestazioni si è ritenuto, quindi, di dover procedere ad una classificazione dei "nuclei erogativi" basata sulle loro caratteristiche tecnico-organizzative, individuando i seguenti codici di prestazione:

Codice prestazione	Descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali etc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale etc.
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnemonico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Nuclei Alzheimer).
R3	Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).
SR1	Prestazioni Semiresidenziali – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per anziani erogate in centri diurni.
SR2	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per persone con demenza senile erogate in centri diurni.

Le prestazioni individuate con i codici di prestazione R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di “cure intensive o estensive” ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad “assistenza e terapie di mantenimento”, classificabili come prestazioni sanitarie e valenza sociale. L'erogazione delle prestazioni avviene di norma all'interno di nuclei residenziali specializzati ed organizzati per erogare quello specifico livello di assistenza. È auspicabile che più “nuclei” riferiti ai diversi livelli di assistenza coesistano all'interno della medesima struttura.

Il flusso informativo sul “caso trattato”: i dati relativi alla persona

Al fine della corretta pianificazione delle cure e della individuazione del corretto livello di assistenza da erogare l'accesso alle strutture residenziali è subordinato alla compilazione e utilizzo di uno strumento di Valutazione Multidimensionale dei bisogni (VMD) che costituisce debito informativo a livello di ASL.

Lo strumento di VMD dovrà essere validato su base nazionale o internazionale ed in grado di produrre un indice di case-mix assistenziale costruito su indicatori sintetici di assorbimento di risorse assistenziali, che rappresenta debito informativo regionale.

Lo strumento di VMD dovrà inoltre essere in grado di alimentare in modo automatico la scheda di Flusso di Assistenza Residenziale (FAR) che costituisce debito informativo a livello nazionale.

Gli strumenti testati dal gruppo di lavoro e validati per l'automatica alimentazione della FAR sono:

- MDS (*Minimum Data Set*)/RUG (*Resource Utilization Groups*);
- SOSIA (Scheda Osservazione Intermedia Assistenza);
- SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane);
- AGED.

Tutte le regioni sono tenute ad adottare uno degli strumenti testati.

I dati di flusso regionali verranno quindi successivamente filtrati dal software FAR, in grado di alimentare il flusso informativo nazionale con dati essenziali omogenei.

I livelli del debito informativo

Il flusso informativo residenziale risulta caratterizzato da tre diversi livelli di debito informativo:

- 1) A livello di struttura, ove appare necessario disporre di un completo strumento di valutazione multidimensionale idoneo alla costruzione e verifica del piano di trattamento (strumento: sistema di VMD come Valutazione dell'Anziano Ospite di Residenza, SOSIA, SVAMA, VALutazione GRAFica);
- 2) A livello regionale, ove appare necessario disporre di strumenti di analisi del *case-mix* assistenziale a fini programmatori, tariffari, di verifica dell'appropriatezza e della qualità (strumento sistema di analisi del *case-mix* assistenziale: RUG, SOSIA, SVAMA, AGED);
- 3) A livello nazionale, ove ci aspetta un set minimo di dati anagrafici, amministrativi e di generico profilo assistenziale, al fine di monitorare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, il ricorso ai diversi regimi assistenziali ed il consumo delle risorse, la definizione delle politiche sanitarie nazionali (strumento: FAR, flusso assistenza residenziale).

Disabili

Il Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001) individua come Livello Essenziale di Assistenza (LEA) l'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale riferibile ad attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali erogata con le caratteristiche dei presidi di riabilitazione extra-ospedaliera a ciclo diurno o continuativo e delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per disabili, così come definiti dalle Linee Guida sulla Riabilitazione del 7 maggio 1998.

Questa classificazione delle tipologie di prestazione, con riferimento al loro inserimento nei LEA ed alla copertura da parte del SSN, suppone la definizione di un flusso informativo capace di distinguere le diverse tipologie di prestazioni.

Si propone, quindi, di procedere a una classificazione delle prestazioni che tenga conto di questa logica procedurale e che consenta di monitorare in modo affidabile i Livelli di Assistenza effettivamente erogati, tenendo conto delle indicazioni delle Linee Guida per la Riabilitazione, del Decreto sull'Integrazione Sociosanitaria e del Decreto sui LEA.

Le tipologie di prestazioni da individuare risultano:

1. Prestazioni residenziali di riabilitazione estensiva

- RRE1: Prestazioni di Riabilitazione Estensiva in regime di post-acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma Intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo (Linee Guida: art. 2.2. comma a/1);

- RRE2: Prestazioni di Riabilitazione Estensiva erogate nell'ambito di programmi a lungo termine in cui l'intervento riabilitativo sia necessario per contrastare la progressione di patologie invalidanti cronico-evolutive attraverso interventi prolungati e/o a cicli - (Linee Guida: art. 2.2. comma a/2).

2. Prestazioni residenziali per disabili

- RD1: Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti gravi o con responsabilità minimale che necessitano di cure medico/infermieristiche complesse per il supporto a funzioni vitali - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello a);

- RD2: Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affetti da disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello b);

- RD3: Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale (disabili gravi) che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c)/gravi);

- RD4: Prestazioni di assistenza residenziale e socializzazione erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti prive di supporto familiare che conservano parziali ambiti di autonomia - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) privi di sostegno familiare).

Il flusso informativo

Il flusso informativo prevede la compilazione di una scheda contenente dati anagrafici ed amministrativi, il codice di attività che identifica la prestazione, i codici ICD-9 relativi alle diagnosi principale e secondarie ed ulteriori dati riferiti alle caratteristiche della persona.

I dati relativi al case-mix assistenziale saranno raccolti con gli strumenti SOSIA, SVAMA, RUG, VALGRAF, AGED o con le rispettive varianti tarate sulla popolazione disabile giovane ed adulta. Il debito informativo per questi dati può essere limitato al Livello Informativo Regionale, con trasmissione a livello di NSIS dei medesimi dati raccolti ed analizzati dalla FAR.

I dati relativi agli obiettivi riabilitativi e agli obiettivi socio-relazionali saranno raccolti ed analizzati attraverso la scheda ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*).

Livelli di debito informativo

Vengono definiti i seguenti livelli di debito informativo:

1) A livello di struttura:

- Dati anagrafici personali
- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa, etc.)

- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie)

- Scheda di analisi del *case-mix* assistenziale (RUG, SVAMA, SOSIA, AGED o versioni delle stesse tarate sui disabili)

- Scheda ICF.

2) A livello regionale:

- Dati anagrafici personali

- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa etc.)

- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie)

- Scheda di analisi del *case-mix* assistenziale (RUG, SVAMA, SOSIA, AGED o versioni delle stesse tarate sui disabili).

3) A livello nazionale:

- Dati anagrafici personali

- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa etc.)

- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie).

Prestazioni residenziali psichiatriche

Per le prestazioni residenziali psichiatriche il Mattone 12 ha lavorato in parallelo con il Gruppo di Lavoro sul Monitoraggio e Tutela della Salute Mentale, attivato presso il Ministero della Salute.

Il progetto Obiettivo Salute Mentale (DPR 10 novembre 1999) definisce le strutture residenziali come:

Le strutture residenziali sono strutture extra-ospedaliere che accolgono persone che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi o socio-riabilitativi. Sono differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale sanitario, nell'arco delle 24 ore:

- a) SR con presenza continua di personale sanitario lungo l'arco delle 24 ore;
- b) SR con presenza di personale sanitario nelle 12 ore diurne nei giorni feriali, mentre nei giorni festivi questa presenza può essere ridotta;
- c) SR con presenza di personale sanitario per fasce orarie nei giorni feriali o al bisogno. Nei giorni festivi questa presenza può essere assente.

Una classificazione di questo tipo, per essere riferibile ad un concetto di "prestazione" dovrebbe essere integrata con elementi che qualifichino le caratteristiche peculiari della prestazione e le sue finalità, riferibili ai trattamenti post acuzie o alla gestione della cronicità. Si è quindi proposto un modello di classificazione delle prestazioni, con i relativi codici di attività, che viene presentato di seguito.

Classificazione delle prestazioni residenziali psichiatriche

Le prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica sono prestazioni a ciclo continuativo (residenziale) o diurno (semi-residenziale) erogate in strutture extra-ospedaliere gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale-DSM) o da soggetti erogatori privati accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM. Le strutture sono organizzate in nuclei completamente autonomi e separati con un massimo di 20 posti letto e accolgono persone che necessitano di ospitalità nell'intero arco delle 24 ore, anche con livelli di intensità assistenziale differenti.

Le prestazioni residenziali si suddividono in tre macro tipologie:

1. Prestazioni residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative (RP1): Sono erogate in strutture per persone che, nella fase di acuzie e post acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi. Deve essere definita la durata massima di degenza sulla base degli specifici obiettivi terapeutici:

- Prestazioni terapeutiche riabilitative intensive (RP1.1): Sono erogate in strutture nelle quali vengono accolte persone, anche nella fase post acuzie, che richiedono interventi di riabilitazione intensiva e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è indicativamente di 18 mesi;

- Prestazioni terapeutico-riabilitative estensive (RP1.2): Sono erogate in strutture che accolgono persone con problematiche psichiatriche in fase di stabilizzazione per i quali non è opportuno un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano di assistenza e di riabilitazione di tipo estensivo. La durata della degenza può essere protratta in rapporto allo sviluppo dei programmi riabilitativi. Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti. Tali prestazioni si suddividono a loro volta in: RP1.2.1, quando il personale sanitario è presente sulle 24 ore (è definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga) e in RP1.2.2, quando il personale sanitario è presente sulle 12 ore (è definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga).

2. Prestazioni residenziali psichiatriche socio-riabilitative (RP2): Sono erogate in strutture che rispondono ai bisogni di persone caratterizzate da un relativo grado di autonomia nella vita quotidiana ma che necessitano di una soluzione abitativa protetta. Il personale sanitario è presente solo in determinate fasce orarie. Non viene individuata una durata massima di degenza.

3. Prestazioni semiresidenziali psichiatriche (SRP): L'attività semiresidenziale è erogata in strutture collocate nel contesto territoriale che accolgono le persone durante le ore diurne. Sono strutture gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati, che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM, attive almeno 8 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali.

Flusso informativo e strumenti di rilevazione e di valutazione

Anche per le prestazioni in ambito psichiatrico viene prevista la costruzione di un flusso informativo basato su tre livelli di debito informativo: Nazionale, Regionale e di ASL (DSM).

1) A livello nazionale:

- Caratteristiche della persona: dati anagrafici e ASL di residenza);
- Diagnosi principale (ICD-9-CM);
- Tipologia di prestazione erogata (codice di prestazione);

- Data di ammissione e di dimissione per ogni tipologia di prestazione erogata nel tempo;
 - La provenienza;
 - La destinazione dopo la dimissione
- 2) A livello regionale:
- Dati richiesti a livello regionale;
 - Specifici dati sul livello di autonomia della persona, sui bisogni assistenziali e sulla tipologia di trattamenti effettuati, attraverso strumenti validati in ambito psichiatrico
- 3) A livello di DSM e di singola struttura:
- Ogni persona dovrà comunque essere valutata con strumenti di valutazione multidimensionale e scale psichiatriche in grado di misurare l'evoluzione del quadro clinico ed assistenziale, che dovrà risultare monitorato in cartella con i parametri indicati dal Progetto Obiettivo Salute Mentale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Bernabei R. Lo Strumento di Valutazione VAOR per RSA. Progetto Finalizzato Invecchiamento – CNR Roma 1995.
- (2) Bernabei R, Landi F, Gambassi G et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*; 316: 1.348-1.351, 1998.
- (3) Bjorkgren MA, Hakkinen U, Finne-Soveri UH, Fries BE. Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scan J Publ Health*, 27 (3): 228-234. 1999.
- (4) Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. *Aging Clin Exp Res*.15 (3): 243-253, 2003.
- (5) Ferrucci L, Marchionni N e il Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi. *Gerontol*; 49: 1-76, 2001.
- (6) Francesconi P, Cantini E, Bavazzano E, Lauretani F, Bandinelli S, Buiatti E, Ferrucci L. Classification of residents in nursing homes in Tuscany (Italy) using Resource Utilization Groups Version III (RUG-III). *Aging Clin Exp Res*. 18 (2): 133-140, 2006.
- (7) Fries BE, Cooney LM Jr. Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care. *Med Care*. 23 (2): 110-22, 1985.
- (8) Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilisation Groups (RUG-III). *Med Care*. 32: 668-685, 1994.
- (9) Hawes C, Morris J, Phillips C, Fries B, Murphy K, Mor V. Development of the nursing home Residents Assessment Instrument in the USA. *Age Ageing*; 27 (2): 19-25, 1997.
- (10) Morosini P, Gigantesco A, Cialdea L et al. VALGRAF. Una nuova soluzione per la valutazione longitudinale dello stato funzionale degli anziani ricoverati in reparti per lungodegenti ed in case protette. *Gerontol*, 3 (5) 111-124, 1993.
- (11) Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. Residenze Sanitarie per Anziani. Edizioni il Mulino, Bologna 2002.
- (12) Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil*. 25 (11-12): 565-571, 2003.

Assistenza primaria e prestazioni domiciliari

Dott. Vincenzo Pomo, Dott.ssa Barbara Tavola

Contesto

L'obiettivo del Progetto Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari è di definire un sistema di classificazione delle prestazioni di assistenza primaria e di assistenza domiciliare e di individuare i flussi informativi necessari alla rilevazione secondo il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Per l'Assistenza Primaria è stata presa in considerazione l'attività dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), rispetto sia alle diverse modalità organizzative che al sistema di classificazione delle prestazioni erogate dagli stessi.

Per le Cure Domiciliari è stato ritenuto opportuno avviare una ricognizione delle relativa normativa regionale per classificare le prestazioni di assistenza domiciliare.

Per definire un flusso informativo unitario e organico in grado di alimentare in modo coerente il NSIS, si è ritenuto indispensabile approfondire la conoscenza dei modelli regionali poiché le diverse formulazioni adottate dalle regioni, nel tentativo di caratterizzare meglio intensità e destinatari delle cure a casa, rendono disomogeneo il quadro nazionale e, di conseguenza, difficile il confronto dei dati sulla diffusione delle cure in Italia.

Percorso delle cure e valutazione del bisogno

La presa in carico avviene a seguito della valutazione multidimensionale che comprende sia gli aspetti sanitari, cognitivi e funzionali, sia il contesto socio-abitativo.

In Italia non è stato adottato un unico strumento di valutazione multidimensionale; solo alcune regioni hanno definito appositi strumenti, come: lo SVAMA in Veneto e il VALGRAF in Friuli-Venezia Giulia, mentre altri strumenti sono attivati in diverse sedi aziendali, come il VAOR-ADI, il GEFI, lo SCHEMA POLARE.

Diverse regioni stanno orientando le proprie scelte verso l'individuazione di una porta unica di accesso alla rete integrata dei servizi domiciliari, che mira ad accogliere e orientare i cittadini ed a semplificare i percorsi per la presa in carico delle persone non autosufficienti.

Il percorso per la presa in carico prevede:

- *Segnalazione-Acettazione.* Questa fase risulta molto importante per la "riconoscibilità" del servizio per il cittadino e per facilitare i rapporti con i diversi operatori coinvolti (Medico di Medicina Generale, medico ospedaliero, servizi sociali del comune);
- *Valutazione multidimensionale del bisogno.* La Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) effettua l'individuazione e la misurazione del bisogno sanitario e sociale; l'attività può essere effettuata con visita domiciliare o in ospedale. Il primo output del processo è l'ammissione o meno al servizio;
- *Presa in carico e definizione del piano assistenziale.* L'UVM definisce gli obiettivi di cura e predisponde il piano individuale di assistenza orientato per problemi assistenziali;
- *Svolgimento delle attività.* Per l'utente viene compilata la "cartella assistenza domiciliare", che costituisce uno strumento importante di comunicazione tra gli operatori coinvolti con i dati anagrafici e i dati sanitari. Per cure di alta intensità possono essere utilizzati data set informatizzati che vengono trasmessi alla centrale operativa;
- *Dimissione.* Conclusione del servizio (raggiungimento dell'obiettivo prefissato nel Piano assistenziale, ricovero ospedaliero, inserimento in un altro programma assistenziale, decesso del paziente).

Metodi

Il Flusso informativo sull'Assistenza Domiciliare: le scelte principali

Per quanto riguarda la classificazione del paziente non esistono, al momento, sistemi consolidati che permettano di definire, a fronte di una valutazione completa, le esigenze assistenziali dei soggetti presi in cura. Una conclusione cui è pervenuto anche il Mattone "Assistenza Residenziale e Semiresidenziale".

Si è proceduto, quindi, alla costruzione di un flusso informativo che, senza richiedere la modifica dei diversi metodi di rilevazione già utilizzati dalle regioni, condividesse elementi informativi comuni da inviare al livello nazionale.

Per ogni utente, è stato rilevato l'insieme delle prestazioni erogate, rilevando tutte quelle attività effettuate in maniera programmata a domicilio del paziente.

Sono state escluse dalla rilevazione:

- le forme di assistenza domiciliare esclusivamente socio-assistenziali;

- le visite domiciliari di MMG, PLS e medici di continuità assistenziale effettuate “su chiamata” e che, quindi, non rientrano in progetti/programmi di assistenza domiciliare;
- prestazioni domiciliari non inserite in un progetto individuale di assistenza domiciliare (esempio: prelievi occasionali a domicilio);
- i trattamenti domiciliari di pazienti psichiatrici effettuati dalle équipes psichiatriche territoriali del Dipartimento di Salute Mentale;
- i trattamenti domiciliari di persone affette da disabilità psico fisiche per le quali gli strumenti tradizionali di valutazione multidimensionali risultano inadeguati.

Per individuare i bisogni assistenziali sanitari e sociali dei possibili fruitori dell'Assistenza Domiciliare è necessario che sia effettuata una valutazione:

- multidimensionale e multidisciplinare dello stato funzionale della persona e della sua situazione sociale ed abitativa;
- che preveda l'utilizzo di griglie valutative condivise;
- finalizzata alla stesura di piani personalizzati di assistenza;
- ricondotta all'individuazione di un responsabile operativo sanitario o sociale del caso (*case manager*) nell'ambito dell'*équipe* assistenziale.

Si è convenuto, quindi, di strutturare una rilevazione sulla base di elementi riconducibili a:

- Dati anagrafici;
- Dati attivazione/chiusura dell'assistenza domiciliare;
- Diagnosi;
- Assistenza erogata;
- Valutazione dell'assistito.

Ai fini della costituzione di un archivio regionale dei trattamenti di assistenza domiciliare, previa approvazione da parte del Garante della *privacy* del regolamento di cui all'art. 20, comma 2, del D. Lgs. 196/2003, è stata proposta l'istituzione di un flusso informativo con periodicità annuale relativo agli utenti che hanno ricevuto almeno un intervento di assistenza domiciliare erogato dal Servizio Sanitario nel periodo considerato.

La validazione del flusso: la sperimentazione

La scheda di Rilevazione delle Prestazioni Domiciliari è stata formulata in sezioni e sperimentata in alcune regioni: Campania, Emilia-Romagna, Marche, Piemonte, Puglia, Umbria, Veneto e la Toscana.

Per ciascuna regione sono state compilate almeno 300 schede (episodi di cura conclusi) e la regione che ha curato la predisposizione della “Guida alla Compilazione”, l'elaborazione delle schede e l'analisi dei dati è stata il Veneto.

Il flusso informativo sull'Assistenza primaria: le scelte principali

La legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), da un lato, ha garantito l'unitarietà della gestione e del governo dei servizi sanitari nella Unità Sanitaria Locale, dall'altro ha promosso la strutturazione di una rete di servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone, con una medicina primaria diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale. La legge ha conseguentemente proposto un modello di assistenza primaria fondato sul Medico e Pediatra di famiglia scelti liberamente dal cittadino e, in quanto liberi professionisti, convenzionati con il SSN.

Il PSN 2003-05 e ancor più il vigente PSN 2006-08 prevedono l'obiettivo prioritario dello sviluppo dell'assistenza primaria, principalmente tramite la realizzazione di forme di aggregazione di tipo innovativo tra i diversi professionisti sanitari del territorio, a partire dai Medici di medicina Generale.

Le regioni stanno promuovendo, pur con modalità diverse, forme aggregative evolute della medicina primaria. In particolare, l'orientamento più diffuso mira a distinguere due attività principali:

- *la funzione di produzione di servizi*, che comprende tutte le cure primarie;
- *la funzione di tutela/committenza*, ossia di valutazione del bisogno di salute, e la sua traduzione in obiettivi e attività da svolgere, coinvolgendo i diversi attori nel campo sanitario e sociale.

Alcune regioni istituiscono, per garantire la funzione di produzione, un Dipartimento di Cure Primarie (DPC), che garantisce il coordinamento e l'erogazione di tutte le attività cliniche del distretto (medicina generale, assistenza domiciliare, specialistica, assistenza semiresidenziale e residenziale). All'interno del Dipartimento operano i gruppi o nuclei di cure primarie, che rappresentano forme di aggregazione della medicina generale per aree territoriali omogenee (in genere per 10.000-20.000 abitanti).

Altre regioni operano in modo diverso, e mirano a valorizzare le forme imprenditoriali di medicina generale più che a rafforzare l'integrazione del Medico di assistenza primaria nel distretto.

In generale, il sistema delle cure primarie comprende i servizi e le prestazioni territoriali riferibili alla medicina generale (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), alla continuità assistenziale (medici di guardia medica), alla specialistica ambulatoriale, ai consultori familiari, alla medicina riabilitativa territoriale, all'assistenza infermieristica, alla assistenza protesica ed integrativa, alle cure domiciliari, alla residenzialità e semiresidenzialità ed alla assistenza farmaceutica territoriale.

Il flusso informativo è stato orientato sul "core" dell'assistenza primaria e, in particolare, sulle attività e sugli obiettivi di salute attribuiti al MMG, al PLS, al Medico di continuità assistenziale, individuando un set di informazioni "rilevanti" per un livello di conoscenza nazionale, non rappresentate da altri "Mattoni del SSN".

Importante è stata anche la scelta di orientare tale flusso sul cittadino utente piuttosto che sulla rappresentazione delle prestazioni attribuibili al singolo medico di famiglia.

È stata, quindi, strutturata una scheda di rilevazione del flusso informativo sull'Assistenza Primaria, costituita da tre parti:

- la prima, compilata dai medici e pediatri di famiglia, attraverso la raccolta dei dati estraibili dai sistemi informativi da loro utilizzati;
- la seconda e la terza, di competenza dei distretti, attraverso la raccolta dei dati in loro possesso.

La prima parte comprende 8 sezioni:

- dati anagrafici del paziente;
- informazioni anamnestiche;
- tipologie di contatto medico-paziente;
- prescrizioni farmaceutiche;
- prescrizioni specialistiche;
- prescrizioni di ricovero ospedaliero;
- prestazioni aggiuntive;
- informazioni relative alla partecipazione ai programmi di prevenzione.

La seconda parte comprende 5 sezioni:

- dati anagrafici;
- prestazioni di continuità assistenziale;
- prestazioni aggiuntive di continuità assistenziale;
- assistenza protesica;
- assistenza consultoriale.

La terza parte comprende 2 sezioni:

- informazioni relative al MMG/PLS;
- informazioni relative al medico di continuità assistenziale.

Conclusioni

Il Mattone "Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari" ha prodotto due distinte schede per la rilevazione dei principali flussi riguardanti l'Assistenza Territoriale:

- la scheda per la rilevazione delle Prestazioni Domiciliari, compilata a conclusione dell'episodio di cura dal distretto, consente di raccogliere informazioni quali-quantitative sia rispetto alle prestazioni erogate che al modello organizzativo;
- la scheda per la rilevazione dell'Assistenza Primaria, compilata sia dai medici e pediatri di famiglia che dal distretto, consente di acquisire informazioni sui principali livelli prestazionali delle Cure Primarie.

Il modello di rilevazione condiviso da tutte le regioni che hanno lavorato nel Gruppo di Lavoro Ristretto, e approvato da tutte le regioni negli incontri allargati, sia nel caso delle prestazioni domiciliari che dell'assistenza primaria, potrà trovare successive integrazioni e modalità applicative graduali rispetto alla esigenza di costruire un sistema di flussi d'intesa con tutte le regioni.

Riferimenti bibliografici

- (1) Guzzanti E., Longhi T. "Medicina di Base e Medicina Ospedaliera", Federazione Medica, n. 3, 1985.
- (2) ASSR – Relazione finale progetto di ricerca finalizzata "La condizione dell'anziano non autosufficiente. Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive", in www.assr.it.

- (3) Documento conclusivo del Comitato di esperti "Ospedalizzazione Domiciliare", nominato dal Ministro della salute reggente On. Sirchia il 12.04.2002, reperibile sul sito www.ministerosalute.it/pubblicazioni.
- (4) Banchemo A. "Programmazione i servizi sociali e sociosanitari", Fondazione Smith Kline, Ed. Il Mulino, 2005.
- (5) Baraldi G, Commodari B., Crisafulli G, Florio C., Marini MG. "Case manager", Sole 24 Ore – Sanità, n. 3-9, Agosto 1999, 7-8.
- (6) Giunco F. "Cura ed assistenza a domicilio", Ed. UTET, 2005.
- (7) Gallo E. (a cura di) "La continuità assistenziale nei rapporti tra ospedale e territorio", Ed. Centro E.Zancan, Padova, 2003.
- (8) Scaccabarozzi G., Lo vaglio P., Limonta F et al. "DRG domiciliari. La ASL di Lecco studia i parametri del livello assistenziale unico. Il giusto peso all'home care", Sanità e Management, Il Sole 24 ore sanità, 2005, n. 4/5, 9-17.
- (9) Trabucchi M. "I vecchi, la città e la medicina", Fondazione Smith Kline, Ed. Il Mulino, 2005.
- (10) ASSR, Rivista Monitor, Supplemento n. 13 del 2005 "Sanità nel territorio. Studi ed esperienze di distretto nelle Regioni"; n. 4 del 2004 (sull'assistenza agli anziani non autosufficienti); n. 6 del 2003 (sul distretto e l'assistenza primaria).
- (11) AA.VV. "Distretti e cure primarie", in Salute e Territorio n. 132/2002 (con esperienze di rinnovo delle cure primarie delle Regioni Toscana, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Lazio).
- (12) Cavallo M., Gerzeli S., Vendramini E., "Organizzazione e gestione delle cure primarie. Un'indagine nazionale", Milano, McGraw-Hill, 2001.
- (13) Tozzi V., Vendramini E., "L'associazionismo come strumento di governo della medicina generale", in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), Rapporto OASI 2004, Milano, Egea, 2004.
- (14) Tedeschi Paolo, Tozzi Valeria (a cura di) "Il governo della domanda - Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo", Milano, McGraw-Hill, novembre 2004.
- (15) Wonca/OMS. "Improving Health Systems: the contribution of Family Medicine" documento congiunto OMS e Wonca Europe, 2002.

Classificazione delle prestazioni ambulatoriali

Dott. Carlo Zocchetti

Contesto

Con il Decreto del Ministero della Sanità del 22 luglio 1996 recante “*Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe*” sono state identificate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il cosiddetto “Nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali”.

In questi oltre 11 anni di applicazione del nomenclatore sul territorio nazionale ci sono stati alcuni cambiamenti. I più rilevanti ci sembrano:

- alcune regioni hanno modificato il nomenclatore in vari aspetti (aggiunta di prestazioni; modifica di descrizione delle definizioni, di condizioni di erogabilità, di modalità di erogazione, di indicazioni clinico-diagnostiche);
- alcune regioni hanno agito solo sul versante delle tariffe, adattando alle esigenze della programmazione regionale le tariffe nazionali;
- alcune regioni sono intervenute sulle modalità di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, modificandone le regole riferite al ticket, ma anche aggiungendo branche specialistiche non previste nel decreto;
- alcune regioni hanno individuato specifici percorsi diagnostico-terapeutici; abbandono della logica della singola prestazione, introduzione di gruppi coordinati di prestazioni (pacchetti, percorsi);
- la tecnologia a sua volta non è rimasta ferma: soprattutto in alcune aree (ad esempio, diagnostica per immagini) nuove prestazioni sono state messe sul mercato ed altre sono state, invece, dismesse; inoltre, prestazioni che, in precedenza, potevano essere erogate solo in particolari contesti protetti (ad esempio, in regime di ricovero ospedaliero, ordinario o diurno) oggi ammettono condizioni di erogabilità molto meno stringenti.

Bisogna poi tenere conto delle novità introdotte dalla legislazione nazionale (come il D.Lgs. 229 del 1999, il DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 29.11.2001) e regionale (le leggi di riorganizzazione dei Servizi Sanitari Regionali: si veda, ad esempio, la riforma lombarda del 1997). Infine, non va dimenticato il ruolo significativo svolto dalle società scientifiche che, con la loro attività, hanno partecipato a mantenere alto l’interesse delle amministrazioni centrali e regionali verso una continua manutenzione del nomenclatore.

È in questo contesto di eterogeneità territoriale che si inserisce il progetto mattone “Classificazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale”, progetto che, sebbene motivato primariamente a partire dal ridisegno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), oltre ad un necessario ed atteso miglioramento delle esigenze informative centrali e locali si è posto in realtà l’obiettivo più ambizioso di ridefinire il concetto di LEA con riferimento alle prestazioni ambulatoriali.

Gli obiettivi specifici del progetto sono quattro:

- revisione dell’elenco di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili per il SSN;
- definizione di un tracciato *record* minimo per la rilevazione delle informazioni;
- identificazione di una metodologia per la valorizzazione economica delle prestazioni;
- individuazione di un percorso e di meccanismi di manutenzione per il nuovo elenco.

Ad ognuno di essi corrisponde la realizzazione di uno specifico prodotto.

Ma il vero obiettivo del mattone (e anche metro per valutare il successo dell’intera iniziativa) risiede nella sua capacità di creare attenzione e sensibilità sul tema della prescrizione ed erogazione di prestazioni ambulatoriali, area di prestazioni sanitarie la cui rilevanza è evidente (13% delle risorse assegnate dallo Stato all’intero comparto sanitario) ma la cui capacità informativa è ancora troppo distante anche dalle esigenze che possiamo considerare più elementari.

Metodi

Per quanto riguarda la predisposizione del nuovo nomenclatore la metodologia operativa ha previsto i seguenti passaggi:

- una raccolta ed analisi di tutti i nomenclatori regionali in vigore, anche utilizzando il risultato di un progetto di ricerca corrente della ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali) di Roma;
- un coinvolgimento delle società scientifiche nazionali, prevalentemente attraverso la FISM (Federazione Italiana delle Società medico-scientifiche), sollecitando proposte di revisione del nomenclatore (cancellazioni, inserimenti, variazioni, etc.);
- l’acquisizione di tutti i documenti disponibili e di tutti i risultati (definitivi o in itinere) provenienti dai molti gruppi di lavoro attivi su tematiche specifiche (commissione di manutenzione dei LEA, gruppo di lavoro sul-

le malattie rare, documenti del Consiglio Superiore di Sanità sulla chirurgia ambulatoriale e la Day Surgery) nonché i prodotti degli altri progetti mattone e, in particolare, quelli di alcune aree (prevenzione, per il tema degli screening organizzati; DRG, per le prestazioni ospedaliere che potrebbero essere erogate in contesto ambulatoriale; *patient file*, per le informazioni da raccogliere; pronto soccorso, per il suo nomenclatore);

- la definizione della struttura del nuovo elenco con riferimento, ad esempio, ai suoi scopi, alla tipologia della classificazione, alla individuazione del livello di dettaglio per la caratterizzazione delle prestazioni, alla specificazione di note, attributi, condizioni di erogabilità.

Il tutto è stato attuato attraverso una discussione di dettaglio (oltre 60 incontri della durata di un giorno) sviluppata nel Gruppo di Lavoro Ristretto del mattone (GdLR: composto da tecnici del Ministero della Salute, della ASSR, di Lombardia, Molise, Emilia-Romagna, Lazio, Puglia, Toscana, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano) facendo ricorso continuamente all'aiuto di esperti di settore messi a disposizione dalle regioni ed istituzioni partecipanti al GdLR.

Analogo percorso è stato adottato con riferimento al flusso informativo, in particolare per quanto riguarda la ricognizione dello stato dell'arte nelle singole regioni, nonché le indicazioni provenienti dal NSIS (sperimentazione della raccolta di un nucleo minimo di informazioni) e dall'art. 50 della Legge 24/11/2003, n. 326 (Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie).

Risultati e Discussione

Il nuovo nomenclatore delle prestazioni di "assistenza specialistica ambulatoriale"

La proposta di nomenclatore si presenta come l'elenco nominativo di tutte e sole le prestazioni erogabili nell'ambito del SSN per il livello essenziale specifico. Di conseguenza le prestazioni non presenti nell'elenco non potranno essere erogate nel contesto dei LEA garantiti su tutto il territorio nazionale. Sono naturalmente possibili ulteriori modifiche da parte delle regioni, ma qualora tali modifiche dovessero plausibilmente costituire un allargamento dei livelli di garanzia dovranno essere inquadrate all'interno dei livelli di assistenza cosiddetti "ulteriori", per i quali le regioni dovranno provvedere alla copertura con risorse proprie.

Le fonti normative che hanno preceduto il DPCM 29.11.2001 non forniscono una definizione esplicita di cosa si debba intendere per assistenza specialistica ambulatoriale; viene indicato un elenco di prestazioni (ad esempio con il DM 22.7.1996) e si fa coincidere l'erogabilità di tali prestazioni con il livello di assistenza. In questo modo, non essendo definite le proprietà dell'assistenza specialistica ambulatoriale ma solo il suo contenuto di dettaglio (le prestazioni appunto) ogni modifica dell'elenco costringe concettualmente a ridefinire il livello di assistenza. Questa filosofia trova conferma anche nel DPCM 29.11.2001 nel quale si indica che il livello di assistenza specialistica ambulatoriale è costituito dalle "Prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale erogate in regime ambulatoriale".

In questo contesto l'obiettivo principale del lavoro si è concentrato sulla identificazione del contenuto dell'assistenza specialistica ambulatoriale. A tal proposito, dopo avere:

- valutato tutte le prestazioni di tutti i nomenclatori raccolti nonché le prestazioni proposte dalle società scientifiche, dai gruppi di lavoro attivi a livello nazionale, e le prestazioni trasferibili dall'assistenza ospedaliera al contesto ambulatoriale;
- escluso le prestazioni ritenute obsolete (o tecnicamente superate, o sostituite da altre più idonee), o quelle che il DPCM 29.11.2001 ha dichiarato totalmente escluse dai LEA (allegato 2A del DPCM), o quelle che sono chiaramente riconducibili ad altri LEA (Assistenza sanitaria collettiva, Assistenza distrettuale);
- valutato la coerenza delle proposte regionali, in particolare nell'ottica di superare la disomogeneità delle logiche che hanno motivato le modifiche introdotte dalle regioni;
- considerato non rilevante il luogo di erogazione in quanto tale (un ambulatorio ovvero, ad esempio, la casa del paziente) purché la prestazione sia riconducibile alla "assistenza specialistica ambulatoriale";
- considerato il concetto di prescrivibilità della singola prestazione (o del gruppo di prestazioni), nonché di valorizzazione economica attraverso una tariffa in alternativa ad una complessiva presa in carico del paziente;
- esaminato le prestazioni dei professionisti non medici che possono essere comprese nella assistenza specialistica ambulatoriale;
- valutato il problema delle attività di pronto soccorso svolte non in condizioni di emergenza-urgenza; si è ritenuto che si possono indicare come prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale quelle che:
 - sono erogate per finalità di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - sono prestazioni non esplicitamente riconducibili ad altri livelli di assistenza;
 - sono prescrivibili, di norma, su apposito ricettario del SSN (fatte salve le previsioni di accesso diretto);
 - sono programmabili in termini di accesso;

- sono individualmente identificate e tariffate;
- presentano caratteristiche e durata definite e predeterminabili.

L'individuazione delle prestazioni e delle condizioni di erogabilità si è realizzata sulla base dei seguenti principi generali:

- le prestazioni elencate nel nomenclatore devono rispondere a effettive necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN;
- la presenza di nuove tecniche, di nuove attrezzature, di nuove metodiche, di nuovi strumenti terapeutici, riabilitativi e diagnostici, rese disponibili dal progresso scientifico e tecnologico, deve essere supportata da informazioni che presentino evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute;
- le prestazioni del nomenclatore devono rispondere a criteri di appropriatezza anche nell'uso delle risorse, rispetto ad altre forme di assistenza o a diverse modalità di erogazione dell'assistenza. Per lo stesso motivo, occorre evitare il frazionamento delle prestazioni al solo, o prevalente, scopo di realizzare un maggiore vantaggio economico nella erogazione;
- l'inserimento di nuove prestazioni non può rispondere solo (o prevalentemente) all'esigenza di una migliore rappresentazione delle attività ambulatoriali tecnologicamente disponibili ma partecipa alla definizione di LEA: pertanto, alla loro introduzione nel nomenclatore deve corrispondere una reale capacità di offerta erogativa diffusa su tutto il territorio nazionale.

Il ruolo del nomenclatore delle prestazioni

Una specifica riflessione è stata dedicata alle differenti finalità per le quali può essere predisposto un nomenclatore. In proposito sono state valutate le seguenti funzioni: strumento per la prescrizione e successiva prenotazione delle prestazioni (analiticità e specificità del nomenclatore, servizio per la prenotazione automatica e centralizzata: Centri Unici di Prenotazione, agende elettroniche, ...); strumento organizzativo-logistico per l'erogatore di prestazioni (catalogo esaustivo delle prestazioni disponibili e/o prenotabili, uso di sinonimi, ...); strumento per alimentare le esigenze informative del SSN (nazionali e locali); strumento per riconoscere alle attività erogate una valorizzazione economica (tariffa: regolatore degli scambi economici tra i soggetti erogatori ed acquirenti); strumento per costruire regole di eventuale compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria, ticket). Non si è ritenuto, invece, che al nomenclatore si debba attribuire il compito di stabilire il soggetto che può svolgere tali attività e, conseguentemente, gli eventuali requisiti che tale soggetto debba possedere.

La struttura del nuovo nomenclatore

Dal punto di vista del ruolo del nomenclatore e della sua conseguente struttura si è ritenuto opportuno adottare una impostazione non dissimile da quella del DM 22.7.1996. In particolare, si è ritenuto di utilizzare lo schema di classificazione delle prestazioni riconducibile alla Classificazione Internazionale delle Malattie, dei traumi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche (versione italiana della ICD-9-CM; *International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification*; edizione del 2002), la stessa versione utilizzata per la registrazione delle attività di ricovero. Poiché tale classificazione non è stata predisposta specificamente per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, si è reso necessario introdurre alcune opportune variazioni per adeguare la struttura della classificazione alle esigenze del nuovo nomenclatore. Le variazioni di rilievo riguardano il maggiore dettaglio della struttura del codice alfanumerico utilizzato per identificare ogni singola prestazione e la necessità di introdurre aree di codice completamente nuove per tenere conto di prestazioni del tutto o, in larga parte, assenti dalla classificazione originale (ad esempio, le attività di laboratorio).

Inoltre, ritenendo ragionevole mantenere la struttura del codice del vigente nomenclatore anche nel nuovo, e ritenendo altresì di non modificare la codifica di quelle prestazioni che, già presenti nel nomenclatore in uso risultano presenti anche nel nuovo, la introduzione di nuove prestazioni soprattutto per quanto riguarda il laboratorio ed il dettaglio delle visite per disciplina rende impossibile mantenere la struttura del codice a 5 cifre numeriche: si è così deciso di adottare un codice a 5 cifre alfanumeriche (numeri e lettere); tale scelta permette anche di non introdurre alcuna variazione nella impostazione del formato della attuale ricetta.

Una menzione particolare merita il tema delle prestazioni ambulatoriali orientate alla diagnosi, trattamento, monitoraggio, nonché alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, di alcune patologie riconoscibili sotto la caratterizzazione di "malattie rare"; per quanto poco frequenti in considerazione della limitata prevalenza di tali patologie e, inoltre, frequentemente eseguite in strutture specificamente dedicate al trattamento delle stesse, tutte le prestazioni ambulatoriali riconducibili a tali patologie sono state incluse nel nomenclatore.

Analoga conclusione è stata adottata con riferimento a molte procedure chirurgiche in passato erogabili esclu-

sivamente in ambito ospedaliero, ma che oggi possono ricadere negli ambiti di interesse delle prestazioni ambulatoriali; per ciascuna di esse ne è stata valutata la erogabilità in tale ambito e, quando opportuno, si è proceduto all'inserimento nel nomenclatore. In particolare è stato predisposto un contributo specifico sul tema del trasferimento di attività dal contesto ospedaliero al contesto ambulatoriale, documento proposto alla discussione con il tavolo del Mattone "DRG". Gli esiti della discussione sono racchiusi nella proposta di un nuovo regime di erogazione delle prestazioni ambulatoriali denominato Day Service ambulatoriale.

Speciale attenzione è stata dedicata alla classificazione di ciascuna prestazione all'interno di una o più branche specialistiche (allegato 3 del DM 22.7.1996). Come noto, la strutturazione in branche è connessa alle regole di prescrivibilità, alla compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria, nonché alla tematica dell'accreditamento (alcune regioni hanno adottato criteri e metodi di accreditamento delle strutture di erogazione e dei professionisti strettamente legati al concetto di branca). In proposito il GdLR del mattone è favorevole al superamento del concetto di branca, superamento che consentirebbe anche di prevedere dei pacchetti di prestazioni multi branca: tale superamento implicherebbe però l'affronto di tematiche che vanno oltre il mandato del progetto Mattone. Pertanto, la struttura del nuovo nomenclatore continuerà ad avere una caratterizzazione per branca specialistica, avendo però avuto cura (quando necessario) di riproporre la stessa prestazione all'interno di branche differenti, agevolando così il processo prescrittivo.

Meritevole di considerazione è anche il tema dei pacchetti di prestazioni e dei percorsi diagnostico-terapeutici. In proposito per "pacchetto" si è inteso un gruppo di prestazioni che rispetti la definizione di assistenza ambulatoriale (si esclude quindi la presa in carico di un paziente o un intervento coordinato territoriale-screening, Assistenza Domiciliare Integrata) e, in tale ottica, il pacchetto non è altro che una prestazione aggiuntiva all'elenco, costituita dall'insieme di più prestazioni, prescrivibile ed erogabile secondo le regole in vigore. La rimozione di cataratta e l'intervento sul tunnel carpale sono due tipici esempi di pacchetto di prestazioni, concetto che sembra particolarmente adatto alla descrizione di prestazioni chirurgiche invasive e semi-invasive che oggi vengono erogate in regime di ricovero e che domani potranno essere erogate anche in ambulatorio, naturalmente dopo averne definito con dettaglio il contenuto.

Sono state poi valutate alcune prestazioni riconducibili al settore di attività definito "telemedicina", ma non sono state identificate prestazioni tali da giustificare l'inserimento nel nomenclatore di specifiche voci e dei relativi codici.

Un ulteriore criterio che ha guidato la formazione del nuovo nomenclatore è costituito dalle indicazioni clinico-diagnostiche ai fini della erogabilità a carico del SSN di alcune prestazioni. Da una parte si è richiesto agli esperti di indicare in maniera esplicita eventuali limiti alla erogazione derivanti dalle condizioni cliniche degli assistiti, e dall'altra si è integrato il nomenclatore con alcune "note" tese a chiarire al meglio le caratteristiche della prestazione (descrizione, significato, contenuto).

Indicazioni e Linee Guida per gli adattamenti regionali/locali

Nell'ottica di favorire un percorso di approfondimento coordinato ed omogeneo per quelle amministrazioni che vorranno agire sul nomenclatore per rendere lo stesso maggiormente conforme alle esigenze locali, sono state formulate indicazioni e linee guida. Ciò soprattutto, da una parte al fine di superare le difficoltà che le regioni hanno sperimentato nella introduzione di modificazioni del nomenclatore nazionale e, dall'altra per mantenere un approccio omogeneo nelle soluzioni locali adottate così da garantire comunque una coerenza nazionale. Il tutto cercando di evidenziare bene la differenza tra erogazione dei livelli "essenziali" ed introduzione di eventuali livelli cosiddetti "ulteriori".

Il flusso informativo per il nuovo nomenclatore

Il secondo obiettivo del Mattone consisteva nella identificazione di un tracciato record minimo per lo scambio delle informazioni tra le regioni ed il NSIS e nella individuazione di un flusso informativo adeguato. Sono stati rilevati tutti i flussi informativi regionali acquisendone i relativi tracciati record e si è tenuto conto sia della sperimentazione in corso attraverso il NSIS che delle indicazioni e richieste contenute nell'art. 50 della Legge 24/11/2003, n. 326. Alla luce del materiale raccolto è stata condotta una valutazione delle informazioni ed è stata formulata una proposta operativa.

Conclusioni

Al 9 luglio 2007 è stata conclusa la valutazione delle prestazioni di tutte le branche ad esclusione della branca di Medicina Fisica e Riabilitazione, per la quale le attività sono ancora in corso; inoltre sono in preparazione le indicazioni per il monitoraggio periodico del nuovo nomenclatore. Naturalmente sono anche pendenti le attività istituzionali necessarie alla adozione del nuovo strumento.