

# Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013

## 1.1. Introduzione

I lavori per la predisposizione del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 sono stati avviati nel corso del 2010 e il Ministro della Salute ha presentato i principali contenuti del documento nella seduta del 29 aprile 2010 della Conferenza Stato-Regioni, per avviare un produttivo confronto con le Regioni sin dalla fase iniziale del processo. Il confronto, sviluppatosi per tutto l'anno, ha portato alla redazione di un testo che la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (PA) ha approvato il 18 novembre 2010, per la successiva trasmissione al Consiglio dei Ministri.

## 1.2. Lo schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013

L'obiettivo strategico individuato dal Piano è quello di rendere il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) coerente in termini di qualità, efficienza e corretto utilizzo delle risorse, con le giuste aspettative e i bisogni di una società che muta, nel rispetto delle competenze istituzionali e dei vincoli programmatici di finanza pubblica.

In tal senso lo schema di Piano Sanitario Nazionale:

- individua il rilancio della prevenzione e la valutazione dell'impatto sulla salute come una scelta strategica di grande portata, ribadendo la necessità di politiche intersettoriali concertate per il perseguimento di obiettivi comuni, sui quali può realizzarsi la convergenza di diverse fon-

ti di finanziamento e il coinvolgimento concreto della comunità e del territorio;

- conferma l'obiettivo della ristrutturazione delle reti assistenziali e di una rimodulazione dell'offerta che porti al rafforzamento della risposta territoriale rispetto all'ospedaliera; valorizza, pertanto, il ruolo delle cure primarie in una logica di rete che garantisca e mantenga una visione integrata e olistica della salute e dei processi di cura delle persone e delle comunità;
  - afferma la necessità di migliorare l'appropriatezza sia nell'utilizzo sia nell'introduzione di nuove procedure, farmaci e dispositivi medici per coniugare la qualità alla sostenibilità delle cure, anche mediante il ricorso all'*information and communication technology*, che può facilitare soluzioni alternative al ricovero e/o alla residenzialità accrescendo il gradimento dei cittadini;
  - affronta il tema della valutazione e del monitoraggio dell'effettiva erogazione dei livelli di assistenza;
  - pone particolare attenzione ad alcune priorità clinico-assistenziali, in particolare al percorso nascita e agli interventi da realizzare per la tutela dell'età senile.
- Lo schema di Piano pone poi la necessità di verificare la sua effettiva implementazione tramite un sistema di valutazione che integri gli strumenti presenti nell'attuale ordinamento con una valutazione di processo attenta al recepimento delle indicazioni nazionali nei Sistemi Sanitari Regionali e una valutazione che misuri i risultati effettivamente raggiunti dal SSN rispetto agli obiettivi fissati.

## Appropriatezza e programmazione ospedaliera

### 2.1. Appropriatezza assistenziale e dimensionamento dell'offerta ospedaliera

Nella logica di reingegnerizzazione del sistema è necessario che si attivino azioni sinergiche che, nel perseguire specifici obiettivi, concorrano vicendevolmente a “facilitare” il raggiungimento dei target relativi ad altri filoni di attività.

In questo senso, e specificatamente in merito alla tematica della rimodulazione dell'offerta ospedaliera, risulta evidente come, al fine di rendere sostenibili le necessarie politiche di contrazione del numero di posti letto per abitante, sia necessario che si “induca” l'utilizzo di modelli assistenziali virtuosi che “spostino” in regimi diversi da quelli del ricovero la diagnosi e cura e riabilitazione di specifiche patologie attraverso l'attivazione di processi di “continuità assistenziale” che colleghino fortemente l'assistenza ospedaliera a quella territoriale. In tal senso si dovrà proseguire sulla strada della ricerca dell'appropriatezza dei ricoveri mediante azioni mirate a evidenziare e contrastare “atteggiamenti clinici e gestionali” non coerenti con tale principio, così come le Regioni – soprattutto quelle in forte difficoltà economica – saranno impegnate a razionalizzare le reti ospedaliere secondo i principi di appropriatezza dell'offerta, adeguamento qualitativo della stessa, efficienza gestionale e congruità dimensionale.

A questo punto diventano strategici interventi sull'appropriatezza clinica e organizzativa dei DRG (*Diagnosis Related Groups*) riportati negli allegati 6 e 6B del DPCM dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), così come assume importanza la revisione degli standard attualmente definiti normativamente e corrispondenti a 4,5 posti

letto per 1.000 abitanti e tasso di ospedalizzazione di 160 per 1.000 abitanti.

Nella ridefinizione dei citati standard sarebbe opportuno introdurre anche elementi di stratificazione dei posti letto non solo per regime assistenziale, ma anche per intensità di cura.

Solo mediante una programmazione e gestione dei posti letto per intensità il Sistema può ragionevolmente garantire che nelle singole Regioni l'offerta potenziale di servizi ospedalieri sia coerente con l'intero aspetto dei bisogni assistenziali.

Nella logica di favorire la reale presa in carico complessiva e al fine di perseguire concretamente l'obiettivo della reingegnerizzazione del sistema secondo un modello non più “ospedaliero centrico”, è necessario che maggiore enfasi sia posta sulla tematica dell'offerta dei servizi del post-acuzie. Infatti, l'organizzazione degli ospedali per intensità di cure ci porta a riflettere sulla gestione intraospedaliera dei pazienti anziani, ricoverati prevalentemente in reparti di medicina, che pur avendo raggiunto un buon compenso offrono il rischio di instabilità clinica e per vari motivi di natura sanitaria e/o familiare non possono essere dimessi al domicilio.

È necessario pensare, quindi, di meglio definirne la rete delle strutture “intermedie” che possano permettere di curare questo tipo di pazienti in un modo alternativo alla degenza classica ospedaliera.

La migliore finalizzazione delle strutture ospedaliere ottenute mediante il “trasferimento” in altri regimi di paziente sub-acuti rappresenta un modo concreto per favorire reali risparmi di sistema senza “intaccare” la qualità reale e percepita dei servizi erogati ai cittadini.

Altrettanto importante è individuare mo-

dalità e strumenti che consentano la valutazione delle azioni intraprese e una crescita omogenea sul territorio nazionale dei sistemi assistenziali ospedalieri.

## 2.2. L'appropriatezza dei ricoveri

Sulla base delle esperienze maturate dalle Regioni nel disciplinare le modalità di erogazione dei 43 DRG a rischio di un'appropriatezza individuati nel DPCM LEA del 2001, le Regioni assicurano entro il triennio 2009-2011 l'individuazione di percorsi virtuosi per l'erogazione in regime appropriato dei 107 DRG di cui all'allegato 6° del nuovo DPCM LEA.

Il percorso individuato parte dall'analisi delle migliori performance registrate, in termini di massimizzazione delle quote di prestazioni erogate in regime di day-hospital o ambulatoriale tra le Aziende Sanitarie Regionali, di definizione di un obiettivo standard a cui trarre l'organizzazione dell'attività delle restanti Aziende, fermo restando l'esercizio dell'attività in regime di sicurezza del paziente e dell'appropriatezza clinica, anche adeguando i propri strumenti tariffari di remunerazione delle prestazioni, di verifica e monitoraggio dell'attività effettuata e del raggiungimento degli obiettivi individuati.

Al termine del triennio la verifica a livello nazionale degli standard e dei risultati raggiunti consentirà di definire parametri di riferimento e obiettivi a livello nazionale a cui far adeguare le Regioni in cui il processo ha mostrato di trovare maggiori ostacoli applicativi.

Processo analogo viene attivato per la corretta erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 6B in regime ambulatoriale. Fermo restando che con atti coerenti con apposite Intese Stato-Regioni si possa integrare e/o modificare l'elenco del DRG di cui all'allegato 6B in relazione allo sviluppo delle conoscenze in tema di modalità organizzative e cliniche dell'erogazione assistenziale.

In materia di appropriatezza, è utile ricordare anche il tema specifico della qualità di codifica, ciò al fine di una corretta compila-

zione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), e quindi di un'adeguata rappresentazione del contenuto del ricovero. A tale proposito si ritiene necessario adeguare, in sede di tavoli tecnici Stato-Regioni, le Linee guida nazionali (le ultime sono state approvate con l'accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002) in materia di corretta codifica della SDO, quale utile riferimento per le Regioni. Tale attività risulta prerequisito essenziale per poter disporre delle informazioni necessarie alla definizione di politiche più ampie di programmazione della rete ospedaliera, a livello sia nazionale sia regionale. Risulta infine necessario che il percorso intrapreso verso una maggiore appropriatezza organizzativa e di codifica delle prestazioni di ricovero sia accompagnato da adeguati sistemi di controllo adottati da ciascuna Regione e opportunamente dettagliati all'interno di uno specifico Piano Attuativo sul tema. Ai tavoli di confronto Stato-Regioni rimane in capo la valutazione delle proposte regionali, individuandone le migliori e indicandole quali "best practice" e riferimento per altre Regioni.

Nell'affrontare il tema dell'appropriatezza organizzativa non ci si può più esimere dall'aggredire in modo complessivo e organico il tema dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

Infatti, è assolutamente evidente come l'attuale quadro di riferimento normativo nazionale e soprattutto regionale evidenzia, a fronte di una sufficiente qualificazione e articolazione dei requisiti strutturali e tecnologici, un'estrema carenza nell'individuazione e formalizzazione dei requisiti organizzativi. Nella misura in cui la qualità dei servizi sanitari dipende prevalentemente dall'adeguatezza delle risorse umane/professionali impegnate nei percorsi di diagnosi e cura e al fine di creare realmente le condizioni per una reale omogeneità dell'assistenza, sarebbe necessario finalmente lavorare per adottare l'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'art. 8 quater accreditamento istituzionale del D.Lgs. 502/1992 introdotto dal D.Lgs 229/1999 per la definizione dei criteri generali uniformi di accreditamento. In tal senso è importante sottolineare come

la standardizzazione dei requisiti rappresenti una delle poche leve certe su cui agire per favorire, mediante una corretta dotazione di risorse nei differenti servizi, la normalizzazione dei costi dei Sistemi Regionali.

### 2.3. Riferimenti per il ridimensionamento delle reti ospedaliere

Solo mediante azioni incisive si potrà concretamente avviare il non più procrastinabile processo di riduzione del numero di posti ogni 1.000 abitanti, processo che passa attraverso la riduzione del tasso di ospedalizzazione adeguando la complessiva realtà nazionale all'evidenza tecnica e programmatica delle realtà regionali più avanzate. In riferimento al primo punto, l'obiettivo da porsi è quello di ridurre a 3 posti letto ordinari per acuti ogni 1.000 abitanti il parametro di riferimento nazionale cui aggiungere 1 posto letto per 1.000 abitanti riferito alle attività di riabilitazione, post-acuzie e neonati sani; all'interno del parametro complessivo così determinato, deve essere assicurata una dotazione di letti di day-hospital pari almeno al 10% dell'indice complessivo, con l'obiettivo di raggiungere nel periodo almeno il 25%.

È evidente che al fine di rendere tale parametro strutturale adeguato al "sistema della domanda nazionale" è necessario che si adottino le politiche utili a consolidare su tutto il territorio nazionale modelli assistenziali finalizzati alla riduzione al ricorso al ricovero ordinario per acuti misurabile mediante la contrazione del tasso di ospedalizzazione che, nella proposta del gruppo dovrebbe attestarsi intorno a 130 per 1.000 abitanti.

Un fattore di correzione opportuno potrebbe essere costituito dalla ponderazione dei suddetti indici sulla base delle differenze regionali della popolazione di riferimento in termini di età e di espressione del bisogno. Entrambi i parametri vanno riferiti alla popolazione residente in ogni singola Regione; le Regioni potranno modificare – in aumento e in diminuzione – la propria dotazione di posti letto ordinari in relazione al dato me-

dio di mobilità – attiva o passiva – degli ultimi 3 anni, fermi restando gli standard nazionali con oscillazione massima del 10%.

Le politiche e le azioni da ideare, programmare, organizzare e realizzare al fine di perseguire in modo efficace i macro-obiettivi di sistema sopra delineati richiedono interventi che per natura e portata devono essere "pensati" e realizzati in un orizzonte temporale "realistico" e "socialmente sostenibile" compreso tra i 5 e i 10 anni.

La ridefinizione della rete dell'offerta ospedaliera, per esempio, potrà essere concretamente e completamente avviata solo quando si saranno create le condizioni strutturali (SSN), professionali (professionisti) e culturali (utenti) propedeutiche a rendere concretamente erogabili e socialmente accettabili percorsi diagnostico-terapeutici in regimi assistenziali differenti da quelli di ricovero. Si ritiene che misura dell'avvio di politiche rigorose di riordino delle reti ospedaliere possa essere quella di fissare, soprattutto per le Regioni che attualmente registrano indici considerevolmente superiori al target individuato, nel triennio 2009-2011 l'obiettivo intermedio di raggiungere i 3,3 posti letto per 1.000 abitanti e il tasso di ospedalizzazione di 145 per 1.000 abitanti.

Condizione pregiudiziale per l'avvio e l'attuazione dei programmi regionali di riordino e il perseguimento di un'assistenza ospedaliera efficiente e qualificata è lo stanziamento nel periodo di un valore congruo di risorse finanziarie per l'ammodernamento tecnologico ed edilizio dei presidi, nonché l'attuazione di interventi sostitutivi che consentano la semplificazione delle reti ospedaliere.

Al fine di favorire tale processo di riorganizzazione con apposite Intese Stato-Regioni, si è provveduto, entro il 2009, alla definizione in forma univoca e condivisa di alcune tipologie di posti letto (dialisi, hospice ospedalieri, day-hospital ecc.) da intendersi incluse o escluse dal calcolo di indici di posti letto con l'obiettivo di raggiungere un'omogeneità nella specificazione degli indici di posti letto.

In riferimento a quanto detto in precedenza e soprattutto al fine di favorire uno sviluppo "gestito" dei sistemi regionali sarebbe

inoltre opportuno definire modalità di qualificazione delle strutture ospedaliere utili a preventivamente individuare i poli che per dotazioni strumentali, tecnologiche e professionali possano rappresentare le sedi privilegiate di ricerca e sviluppo di metodiche innovative, in questo modo evitando la “polverizzazione” di esperienze e competenze che non fa altro che determinare, oltre che maggiori costi derivanti dalla non applicabilità di economie di scala, soprattutto una non adeguata acquisitiva delle esperienze e abilità necessarie a “consolidare” in pratica “ordinaria” le precedenti fasi di implementazione, ricerca e sviluppo.

## 2.4. Sistemi tariffari

L'applicazione del sistema tariffario riferito alle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale deve rappresentare un obiettivo strategico immediato da parte di tutte le Regioni: tutta la produzione erogata da parte delle strutture di ricovero e cura accreditate, pubbliche e private, deve essere valorizzata, applicando alla stessa le tariffe in vigore sul territorio regionale. Nel valorizzare l'attività dei singoli presidi ospedalieri, o articolazioni organizzative degli stessi, le Regioni potranno utilizzare metodologie “a budget” complessivi, purché siano chiari e trasparenti i criteri – e la loro applicazione – attraverso cui vengono attribuite risorse aggiuntive per funzioni cosiddette non tariffabili (partecipazione alla rete dell'emergenza-urgenza, didattica, ricerca, centri di riferimento ecc.). In realtà, anche recenti ricerche dimostrano come la remunerazione a tariffa/DRG sia quantitativamente e qualitativamente di scarsa applicazione in molte Regioni italiane, con il risultato che non esistono dati economici affidabili di valutazione delle strutture ospedaliere. Costituisce obiettivo del sistema quello di pervenire entro tempi rapidi alla generalizzazione dell'uso del sistema tariffario, anche per presidi ospedalieri pubblici delle Aziende Sanitarie territoriali non remunerati a tariffe, per la valorizzazione della produzione di presidio e quindi

la diffusione di sistemi gestionali budgetari, al fine di responsabilizzare le direzioni tecnico-professionali, introdurre sistemi capillari di sistemi di gestione, realizzare i principi di un reale Governo Clinico. Per raggiungere detto scopo, parallelamente al processo di valorizzazione tariffaria delle prestazioni di ricovero, le Regioni dovranno impegnarsi al completamento del processo di effettiva adozione e operatività in ogni Azienda Sanitaria di un completo sistema di contabilità analitica per centri di costo. Tale obiettivo va perseguito e deve costituire adempimento specifico nel contesto della valutazione dell'erogazione dei LEA.

## 2.5. Valutazione dei processi e dei risultati

Al fine di attuare, monitorare e valutare i processi di razionalizzazione delle reti regionali ospedaliere, il Ministero e le Regioni si impegnano a individuare strumenti efficaci di valutazione delle linee operative messe in atto, dei risultati raggiunti in termini di risorse impiegate ed esiti perseguiti in termini di risposta ai bisogni, appropriatezza clinica e organizzativa, soddisfazione dei cittadini. La definizione di tali strumenti e l'individuazione, tra i soggetti della governante nazionale del sistema (Agenzie, Istituti e altro), della titolarità della funzione renderanno possibile attuare utili confronti di esperienze e risultati, al fine di rendere patrimonio comune e generalizzare le pratiche verificate come virtuose e corrispondenti alle tendenze di sviluppo dei sistemi sanitari a livello nazionale e internazionale. A questo fine sarà anche necessario sperimentare l'individuazione di strumenti di classificazione innovativi dell'attività che consentano la valutazione contestuale e unitaria del valore finanziario della produzione nelle diverse forme di erogazione (ricovero ordinario, day-hospital, riabilitazione), nonché la complessità e appropriatezza della stessa. Quali elementi di valutazione delle strutture in termini sia organizzativi sia econo-

mico-gestionali sarebbe inoltre opportuno favorire nelle Aziende Sanitarie l'implementazione del Sistema di gestione per la qualità oltre che processi di certificazione dei bilanci. Sia nel primo (qualità) sia nel secondo caso (bilancio) l'elemento qualifi-

cante l'intervento non deve essere ricercato nella mera "certificazione" parte di un oggetto terzo, bensì nella reale implementazione e quotidiana applicazione di modelli e regole verificati, approvati e universalmente condivisi.

## Valutazione dei costi standard dei Livelli Essenziali di Assistenza

La Legge 42 del 5 maggio 2009, in materia di federalismo fiscale, individua ampi spazi alle amministrazioni locali di autodeterminarsi, per rispondere nella maniera più appropriata alla domanda della loro popolazione di riferimento; il contesto normativo delineatosi conferma, comunque, in capo allo Stato, la competenza esclusiva del medesimo in materia di:

- coordinamento della finanza pubblica;
- determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- principio della responsabilità circa i comportamenti di spesa dei diversi livelli di governo, statale e regionale (“chi rompe paga”).

Pertanto, resta fondamentale che il Ministero si adoperi per adottare tutte le possibili iniziative atte a garantire progressivi miglioramenti dei processi informativi, di programmazione e di controllo rispetto all’attuale quadro normativo.

È evidente come tale esigenza sia ancora più sentita in un settore come quello sanitario, in cui i servizi resi sono quelli posti a tutela della salute della collettività.

In tale contesto, di un sistema pubblico in via di decentramento, si deve quindi porre grande attenzione alla fase di rendicontazione e di confronto delle performance conseguite dai diversi istituti che lo compongono. All’aumentare dell’autonomia istituzionale e gestionale, deve aumentare, pertanto, anche la responsabilità, intesa anche come obbligo di sottoporre ai portatori di interesse (contribuenti, utenti, creditori ecc.) documenti contabili e gestionali che offrano una rappresentazione “veritiera e corretta” della situazione aziendale non solo in sé, ma anche in quanto confrontabile nello spazio e nel tempo.

In tale contesto, diventa cruciale l’esigenza di

misurare in maniera trasparente e attendibile sia l’assistenza sanitaria prestata (dati gestionali), sia le risorse finanziarie utilizzate (dati economici, patrimoniali e finanziari).

La certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie, di quello dell’“accentrata regionale” e del relativo “consolidato” ha l’obiettivo di dare trasparenza e certezza ai costi e agli investimenti relativi alla gestione delle attività sanitarie regionali e alle risorse finanziarie utilizzate.

La complessità del processo è legata, soprattutto, alla progettazione e allo sviluppo, che non può dirsi ancora ultimato, di questa nuova architettura contabile (aziende, accentrata, entità consolidante), alla definizione delle regole attuative (principi contabili di dettaglio e casistica, principi di controllo interno, di revisione ecc.), alla capacità di supportarne e monitorarne l’implementazione, a quella di adeguarne alcuni contenuti, in relazione all’avanzamento dell’implementazione stessa e alle difficoltà incontrate dalle Regioni e dalle Aziende.

Il potere attribuito dal legislatore al Ministro della Salute e dell’Economia e delle Finanze di emanare un decreto in materia di certificabilità dei bilanci sanitari trova il suo fondamento giuridico per rispondere proprio a tale esigenza.

La sfida è appunto quella di iniziare un cammino di revisione dell’attuale organizzazione dell’offerta sanitaria, superando l’autoreferenzialità e valorizzando le *best practice* e le esperienze di maggiore successo. I numeri rappresentano allora le migliori evidenze da utilizzare per guidare i processi decisionali degli amministratori pubblici.

I costi e i fabbisogni standard, così come previsti dall’attuale impianto normativo previsto dal D.Lgs. 68 del 6 maggio 2011, recante “Disposizioni in materia di autono-

mia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, costituiscono “il riferimento cui rapportare progressivamente nella fase transitoria, e successivamente a regime, il finanziamento integrale della spesa sanitaria, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica” (art. 25, comma 3).

Gli elementi cardine alla base del D.Lgs. 68/2011 sono i seguenti:

- il totale delle risorse dedicabili ai LEA riflettono una scelta politica e di programmazione di politica economica, coerente con il quadro macroeconomico complessivo del Paese e con gli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria (art. 25, comma 2);
- i costi standard non fanno riferimento a singole classi di prestazioni (costo in euro di un processo produttivo virtuale, in condizioni di ideale efficienza), ma a un aggregato di prestazioni rese all'interno di ciascuno dei tre macrolivelli: 1) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di lavoro, 2) assistenza distrettuale e 3) assistenza ospedaliera, tutti e tre definiti in sede di programmazione nazionale (art. 27, comma 3);
- le risorse programmate devono, a livello nazionale e in prospettiva in ogni singola Regione, ripartirsi, secondo percentuali date fra i tre macrolivelli: 5% per l'assistenza collettiva; 51% per l'assistenza distrettuale; 44% per l'assistenza ospedaliera, in quanto parametri di riferimento per un'allocazione ottimale delle risorse cui devono tendere le Regioni per erogare correttamente la funzione sanitaria (art. 27, comma 3);
- una volta definita la ripartizione per macrolivelli si individua il costo standard (ovvero fabbisogno standard), a livello regionale, per ciascun macrolivello, prendendo a riferimento i valori procapite pesati per fascia di età, calcolati come media della spesa procapite pesata per fascia di età, registrata nelle Regioni *benchmark* (art. 27, comma 6, 8 e 9).

Dal 2013, le Regioni *benchmark* saranno

individuate, secondo quanto disposto dal medesimo decreto legislativo, in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, nonché sulla base dei risultati di gestione registrati il secondo anno precedente a quello di riferimento. Pertanto, per esempio, per l'anno 2013 i dati per l'individuazione delle Regioni *benchmark* saranno quelli dell'anno 2011 e il costo medio procapite pesato sulla base del quale individuare le Regioni *benchmark* prenderà a riferimento i pesi per classi di età individuati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativo al 2011. Ne consegue che la pesatura della popolazione inserita nella proposta di riparto 2011, costituisce – allo stato attuale – un importante elemento di dibattito in sede regionale.

I criteri di pesatura della quota capitaria, in base ai quali suddividere le risorse destinate alla sanità pubblica, sono oggetto di discussione in molti Paesi avanzati. Si utilizzano e si sono proposti l'età, la disabilità, la mortalità e anche l'indice di deprivazione, ma proprio per quest'ultimo ci sono dati controversi sull'associazione di questo criterio a un aumento dell'incidenza di alcune patologie.

Nel corso del corrente anno 2011 le Regioni stanno incontrando molte difficoltà per raggiungere un accordo condiviso tra loro, dal momento che per la prima volta alcune di loro avrebbero voluto inserire i cosiddetti “indici di deprivazione” che tenessero conto delle condizioni socioeconomiche in cui versano i propri cittadini. Tali indici – secondo alcune Regioni – avrebbero dovuto servire per rinforzare le proprietà redistributive del riparto da utilizzarsi per correggere e ponderare diversamente la popolazione rispetto alla pesatura finora applicata e basata esclusivamente sui dati di consumo ospedaliero e ambulatoriale desunti dal Nuovo Sistema Informativo del Ministero della Salute (NSIS). Ne è conseguito un ampio dibattito, dal quale è emerso che gli indicatori di deprivazioni sono ancora opinabili (livello d'istruzione, condizioni reddituali) e che attengono più alla sfera sociale che non sanitaria. In ogni ca-



so, è ancora priva di fondamento scientifico la stretta relazione che si vuole ricondurre a essi: più povertà  $\Rightarrow$  peggiore stato salute  $\Rightarrow$  maggiore bisogno sanitario  $\Rightarrow$  maggiore risorse da assegnare.

Il recente studio commissionato dalle Regioni all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AgeNaS) associa, poi, questo indice alla presenza di malattie quali broncopneumopatie, scompenso cardiaco, disturbi psicologici e diabete: patologie che devono essere trattate sul territorio e non a livello ospedaliero. Poiché Regioni con alto indice di deprivazione hanno anche in genere un'alta inappropriatazza di ricoveri ospedalieri in assenza di dati territoriali, utilizzare oggi l'indice di deprivazione comporterebbe il rischio di premiare proprio l'inappropriatazza.

Peraltro, in sede di acquisizione dell'Intesa Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 sullo schema di decreto legislativo in materia di "...determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", le Regioni hanno emendato il testo dell'art. 22, comma 6, di detto schema sopprimendo la lettera e), che prevedeva tra l'altro che l'applicazione del costo standard, a livello regionale per la propria popolazione pesata, avvenisse secondo criteri fissati in Conferenza Stato-Regioni, tenendo conto anche di "indicatori relativi a particolari situazioni territoriali, ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari".

Ne consegue che la scelta di introdurre, già da adesso, nel riparto delle risorse destinate al finanziamento del SSN, gli indicatori di deprivazione, quali fattori correttivi del peso per singola fascia di età, non appare affatto condivisa neanche dalle Regioni. In futuro, si potrebbero prevedere altri fattori correttivi, come per esempio la ponderazione sulla base della prevalenza della malattia, eventualmente corretta per l'età della popolazione. Tuttavia, per rendere applicabile tale criterio di parametrizzazione del riparto è necessario disporre nella banca dati del NSIS del Ministero della Salute di maggiori rilevazioni riferite alle prestazioni sanitarie rese sul territorio.

Il testo attuale del D.Lgs. 68/2011 prevede,

poi, all'art. 28 che: "In sede di attuazione dell'art. 119, quinto comma, della Costituzione, nel rispetto dei principi stabiliti dalla citata Legge 42 del 2009, sono previsti specifici interventi idonei a rimuovere carenze strutturali presenti in alcune aree territoriali e atte a incidere sui costi delle prestazioni. Le carenze strutturali sono individuate sulla base di specifici indicatori socioeconomici e ambientali, tenendo conto della complementarità con gli interventi straordinari di edilizia sanitaria previsti dall'art. 20 della Legge 67 dell'11 marzo 1988". Sarà quindi necessario rinviare alla fase attuativa del decreto sui fabbisogni standard l'individuazione di meccanismi di pesatura diversi da quelli attualmente utilizzati.

In conclusione, va evidenziato che l'obiettivo di portare a termine il processo di certificazione deve restare imprescindibile. Solo partendo da costi certi è possibile individuare costi standard attendibili, qualunque sia la metodologia adottata per calcolarli. L'individuazione di tali costi è considerata essenziale in un sistema pubblico in via di sempre maggiore decentramento (federalismo fiscale) e in presenza di meccanismi perequativi fra Regioni. Ed è sempre solo partendo da costi certi che è possibile calcolare in maniera attendibile misure di efficienza nell'erogazione dei servizi.

Il tutto richiede che, nelle singole Regioni e nelle singole Aziende Sanitarie siano implementati sistemi di controllo di gestione e di contabilità analitica e sia colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e sui sistemi gestionali. Allorché sarà disponibile una periodicità sistematica di ricezione dei dati relativi a tali indicatori, potrà essere rimodulata, con maggiore dettaglio, la definizione dei costi standard per singole aree prestazionali e potrà essere perfezionata la costruzione del fabbisogno sanitario regionale standard, nel rispetto del livello di fabbisogno standard nazionale: anche l'art. 29 del decreto legislativo in materia di costi standard stabilisce, del resto, che: "Al fine di garantire continuità ed efficacia al processo di efficientamento dei servizi sanitari regionali, i criteri di cui al

comma 27 possono essere rideterminati previa Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, comunque nel rispetto del livello di fabbisogno standard nazionale come definito all'art. 26”.

Nel frattempo, le risultanze delle valutazioni che emergono in sede di monitoraggio, verifica degli adempimenti LEA e sistemi di misurazione delle performance messi in campo dal Ministero della Salute, costituiscono strumenti di supporto alla programmazione regionale e alle azioni di affiancamento del Ministero medesimo, anche in collaborazione con gli Enti di supporto, Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e AgeNaS, al fine di garantire l'uniformità dell'erogazione dei servizi sanitari.

Ciò sarà tanto più necessario dal momento che l'applicazione del disposto di cui all'art. 27 del D.Lgs. 68/2011 comporterà che la determinazione dei fabbisogni sanitari standard regionali, sulla base delle spese procapite per fasce di età delle Regioni *bench-*

*mark*, farà emergere, in alcune realtà, scostamenti significativi tra quella che dovrebbe essere la spesa sanitaria efficiente e la spesa a consuntivo. Tale conseguenza è logica se si pensa, infatti, che le Regioni più inefficienti e meno performanti, in materia di erogazione dei LEA, sono quelle che, nel tempo, sono andate accumulando deficit di bilancio sanitario e che anche oggi giorno mostrano gli scarti maggiori tra risorse programmate *ex-ante* a finanziamento dei LEA e corrispondente spesa a consuntivo.

Pertanto, è ovvio che per garantire la sostenibilità del sistema occorrerà accompagnare le misure di determinazione del costo standard con manovre strutturali e di recupero dell'efficienza, soprattutto nelle realtà dove si registrano cospicui disavanzi. Solo in questo modo si potrà ottenere che le risorse messe a disposizione dallo Stato restino vincolate ai fondamentali obiettivi di miglioramento del SSN, individuati congiuntamente dallo Stato e dalle Regioni.

### 4.1. Introduzione

I mutamenti demografici e sociali in corso, come l'invecchiamento della popolazione, l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative, della comorbidità e della non autosufficienza, il cambiamento della struttura della famiglia e, in generale, una migliore aspettativa di vita, stanno sempre più chiedendo, da una parte, il superamento della visione ospedale-centrica dei servizi sanitari che ha caratterizzato il 20° secolo e, dall'altra, uno spostamento della risposta sanitaria da parte del territorio inducendo a ripensare le strategie soprattutto in merito alla gestione della cronicità e alla prevenzione della disabilità. Tale cambiamento comporta, inoltre, il passaggio da un approccio esclusivamente d'organo a una visione olistica, il passaggio dalla cura della malattia al prendersi carico della persona nella sua interezza con la consapevolezza che per risultare efficace un intervento sanitario necessita di un'adeguata continuità di risposta sul territorio. Ne deriva l'esigenza di definire nuovi percorsi assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare e interdisciplinare che consenta di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali e ospedaliere per una presa in carico "globale" della persona e della sua famiglia.

La continuità assistenziale può essere pertanto definita come la successione, senza interruzioni, di percorsi, prestazioni e processi assistenziali di tipo preventivo, curativo e riabilitativo. Non è più il cittadino a rincorrere i servizi e i professionisti, bensì questi a doversi coordinare per fornire la migliore assistenza possibile. L'obiettivo è ridurre la frammentazione nell'erogazione

dell'assistenza, attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità delle cure all'interno e tra le diverse istituzioni coinvolte nell'assistenza ai pazienti con problemi complessi. Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede, pertanto, la presa in carico costante nel tempo da parte di un team avente competenze sanitarie diversificate, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione e di appropriatezza delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali. Ciò richiede l'impegno delle istituzioni per favorire la costruzione di una rete integrata tra i servizi sanitari e il coordinamento dei diversi attori coinvolti, principalmente al fine di mantenere una visione d'insieme e far sì che il cittadino nel suo percorso possa avere un riferimento costante e sicuro.

I principali obiettivi del SSN necessari per implementare la rete assistenziale territoriale e integrarla con la componente ospedaliera sono costituiti dal cambiamento del ruolo dell'ospedale, che, in tale ottica, diviene sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute, e da una rimodulazione dell'assistenza primaria, anche con l'individuazione di nuovi modelli assistenziali, come la cosiddetta "medicina d'iniziativa", che, attraverso il coinvolgimento attivo dei cittadini negli obiettivi di salute e nei percorsi di cura e assistenza nonché attraverso una comunicazione/informazione chiara, semplice e trasparente sia tra cittadini e operatori sia tra operatori stessi, consentono il perseguimento sia della "promozione attiva" della salute, sia del miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio.

Fra gli strumenti per realizzare l'integrazione tra i servizi e i professionisti e garantire la

continuità delle cure si possono individuare:

- i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA);
- le reti cliniche integrate per la gestione della cronicità (diabete, insufficienza respiratoria);
- le modalità finalizzate a evitare il ricovero ospedaliero o a raccogliere il paziente a domicilio all'atto della dimissione (assistenza domiciliare e domiciliare integrata);
- le "cure intermedie", garantite da strutture sanitarie residenziali con basso profilo tecnologico, a valenza sanitaria e contenuto assistenziale modulare finalizzate ad assicurare risposte adeguate, efficaci e integrate, in particolare nei confronti di bisogni complessi quali quelli di pazienti fragili;
- il sistema di reti informatiche che realizzi una concreta ed efficiente modalità di comunicazione fra servizi, operatori e professionisti.

In tale gestione integrata, soprattutto delle cronicità, il medico di medicina generale (MMG) è il principale referente e responsabile della presa in carico e del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per il paziente stesso anche nella previsione di un'organizzazione territoriale che contempli la possibilità di disporre di posti letto territoriali e/o servizi residenziali all'interno di apposite strutture di cure intermedie. Obiettivo del SSN è dunque l'implementazione della rete assistenziale definendone i nodi e le interrelazioni funzionali in un sistema gestionale e relazionale tra professionisti, che pur basandosi sul lavoro in team sappia identificare con chiarezza, responsabilità e procedure per la definizione e l'effettuazione del percorso assistenziale. Ciò può essere perseguito attraverso la riorganizzazione, in una visione di insieme, delle tre reti (Emergenza, Ospedali, Territorio) nel rispetto degli indirizzi generali normativi e delle peculiarità specifiche del territorio dove vengono inserite. Nell'ottica dell'implementazione della continuità assistenziale, l'impegno delle istituzioni si è manifestato anche attraverso l'individuazione di fondi dedicati alla presen-

tazione di specifici progetti regionali in attuazione agli indirizzi programmatori di Piano Sanitario Nazionale (PSN 2006-2008 e PSN 2011-2013) e Linee guida sull'assistenza sanitaria h 24 che hanno previsto modelli organizzativi, ospedalieri e territoriali. Notevole impulso è stato dato anche allo sviluppo di modelli organizzativi dell'assistenza primaria, tra i quali le forme associative della medicina generale, le Unità Territoriali per l'Assistenza Primaria (UTAP), la Casa della Salute, le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

Si richiamano di seguito i contenuti degli Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale:

- *Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29 luglio 2009*, prevede che la continuità assistenziale può essere svolta in modo funzionale, nell'ambito delle equipe territoriali, secondo un sistema di disponibilità domiciliare o in modo strutturato, in sedi territoriali adeguatamente attrezzate, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli accordi regionali. Prevede altresì che, al fine di espletare i suoi compiti e funzioni, il medico svolga la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di MMG e opera all'interno di una specifica UCCP, quando attivata, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali;

- *Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 8 luglio 2010*, fornisce indicazioni per il processo di consolidamento delle strutture organizzative istituite con il precedente Accordo attraverso la definizione dei "referenti unici" deputati a svolgere nell'ambito UCCP il compito di raccordo con l'Azienda Sanitaria oltre a quello di rappresentare la stessa UCCP. Prevede, inoltre, l'assunzione, tra i compiti del medico, dell'obbligo di trasmettere e rendere disponibile, tramite la rete informatica predisposta dalla Regione, i dati relativi al "patient summary", quale strumento di riepilogo informativo sintetico del profilo sanitario di ciascun assistito in carico.

## 4.2. Presentazione e discussione dei dati

La continuità delle cure, nel periodo considerato, è stata garantita attraverso diverse modalità erogative quali il Servizio di Continuità Assistenziale (ex guardia medica), l'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale, l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Il Servizio di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) garantisce la continuità delle cure per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, assicurando interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne festive e prefestive. Tale forma assistenziale è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. Nel 2009 sono stati rilevati in Italia 2.954 punti di guardia medica, con 12.359 medici titolari, ovvero 21 medici ogni 100.000 abitanti, con una riduzione del 5,5% rispetto al 2008. A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica, sia per quanto concerne il numero dei medici titolari per ogni 100.000 abitanti.

Relativamente alle strutture di "cure intermedie" territoriali, nel 2009 sono stati censiti circa 246.977 posti riferiti a strutture residenziali (201.426 posti) e semiresidenziali (45.551). Di questi, circa il 71,0% è stato dedicato all'assistenza agli anziani, circa il 13,0% all'assistenza psichiatrica, circa il 7% all'assistenza ai disabili psichici, circa l'8,5% all'assistenza ai disabili fisici e lo 0,5% ai pazienti terminali. Confrontando questi dati con quelli del 2007 non si rilevano variazioni numeriche significative. La continuità delle cure è garantita anche attraverso il contributo degli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale con l'erogazione, in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare, di prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative. Nel 2009 sono state rilevate 968 strutture riabilitative con 14.679 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.871 per l'attività di tipo semiresidenziale (*Tabella 4.1*).

Tali strutture riabilitative hanno impiegato, nello stesso anno, circa 46.000 unità di personale, di cui circa il 10% costituito da medici e circa il 42% da terapisti e logopedisti. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di una somma di prestazioni fra loro integrate sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali, nel 2009 è stata garantita a 526.568 persone, con una media nazionale di 877 ogni 100.000 abitanti. L'84,0% di questi è rappresentato da anziani e il 9,4% da malati terminali. Confrontando questi dati con quelli del 2007 si nota un decisivo aumento del numero delle persone prese in carico con questa modalità assistenziale, poiché si è passati dai 474.562 casi del 2007 ai 526.568 casi del 2009, con un incremento di circa il 10% dovuto in gran parte al processo di riorganizzazione delle cure primarie attualmente in atto nel nostro Paese.

Inoltre, sotto la spinta di nuove esigenze di monitoraggio su tale tematica, sia a livello regionale sia a livello nazionale, il Ministero della Salute ha istituito nell'ambito NSIS, con il DM 17 dicembre 2008, la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate sia nell'ambito dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale sia nell'ambito dell'ADI attualmente in corso.

## 4.3. Indicazioni per la programmazione

Nel nostro Paese, mentre i principi generali del riordino della rete ospedaliera sono ormai ben delineati, molto rimane ancora da realizzare nell'ambito dell'assistenza territoriale, soprattutto nel delicato confine fra Ospedale e Territorio. Infatti, spesso, l'Ospedale e il Pronto Soccorso rappresentano i principali punti di riferimento cui il cittadino si rivolge per trovare risposte veloci ai propri bisogni di salute sia sotto la spinta della percezione di una maggiore tutela offerta da modelli assistenziali ad alta tecnologia sia per l'assenza di risposte alternative

Tabella 4.1. Istituti o centri di riabilitazione (Anno 2009)

Regione	Istituti rilevati			Posti					
	Pubblici	Privati accreditati	Totale	Assistenza residenziale			Assistenza semiresidenziale		
				Pubblici	Privati accreditati	Totale	Pubblici	Privati accreditati	Totale
Piemonte		8	8		186	186		40	40
Lombardia	10	72	82	1.425	2.287	3.712	182	1.212	1.394
PA di Bolzano		1	1		106	106		4	4
PA di Trento	1	5	6		81	81		14	14
Veneto		16	16		174	174		507	507
Friuli Venezia Giulia		8	8		72	72		371	371
Liguria	4	23	27	80	394	474	104	187	291
Emilia Romagna		3	3		178	178		4	4
Toscana	98	48	146	215	826	1.041	123	836	959
Umbria		7	7		170	170		151	151
Marche	2	21	23		741	741	15	172	187
Lazio	5	75	80	161	1.693	1.854	67	2.360	2.427
Abruzzo	3	51	54		958	958		775	775
Molise		15	15		273	273		90	90
Campania	6	143	149	12	1.289	1.301		3.154	3.154
Puglia	72	35	107		1.110	1.110	77	661	738
Basilicata	2	11	13		451	451		215	215
Calabria	4	20	24	30	411	441		205	205
Sicilia	5	94	99		742	742		1.578	1.578
Sardegna	22	78	100	20	594	614		767	767
<b>Italia</b>	<b>234</b>	<b>734</b>	<b>968</b>	<b>1.943</b>	<b>12.736</b>	<b>14.679</b>	<b>568</b>	<b>13.303</b>	<b>13.871</b>

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica.

efficaci da parte delle strutture territoriali. Tale fenomeno, che si rileva anche per i servizi cui il cittadino accede telefonicamente (numero 118), determina un ricorso improprio a strutture e servizi che devono essere riservati alle situazioni o condizioni di reale emergenza.

Si rende necessario, quindi, sviluppare nuovi percorsi organizzativi integrati con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri, razionalizzare le risorse presenti sul territorio e rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute della popolazione. A tal fine può risultare utile:

- realizzare interventi di razionalizzazione della rete dell'emergenza-urgenza integrandola con quella di assistenza territoriale al fine di superare la frammenta-

rietà degli interventi, produrre una più elevata qualità e anche per liberare importanti risorse da impiegare per il potenziamento del sistema a livello territoriale;

- potenziare lo sviluppo di modelli organizzativi assistenziali diversificati, adattabili ai diversi contesti territoriali, in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni del cittadino sin dalla fase di accesso telefonico ai servizi sanitari, assicurando una presa in carico continuativa dal momento della chiamata, nelle 24 ore per 7 giorni alla settimana;
- favorire il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale nell'ambito del Distretto al quale sono altresì affidati

i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie fra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie;

- favorire modalità organizzative atte a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, quali il Punto Unitario di accesso (PUA), che attraverso la raccolta di segnalazione, orientamento e gestione della domanda possano migliorare la collaborazione e il coordinamento tra le diverse componenti impegnate nel percorso di cura, al fine di garantirne l'unitarietà dell'assistenza;
- favorire modalità organizzative in grado di garantire la continuità delle cure agli assistiti che vengono dimessi dall'ospedale e presi in carico sul territorio attraverso un'attività di valutazione multidimensionale che, in accordo con il MMG

e durante il ricovero stesso, consenta l'individuazione del percorso assistenziale più idoneo per l'assistito compatibilmente con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente;

- favorire modalità organizzative in grado di potenziare e uniformare l'integrazione con personale e/o mezzi, del volontariato presenti nelle Regioni;
- potenziare lo sviluppo delle tecnologie innovative, tra le quali la telemedicina, la teleassistenza e più in generale l'ICT (*Information and Communication Technologies*) per la gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza, al fine di garantire la realizzazione di modalità operative a rete tra i vari attori istituzionali e non deputati alla presa in carico globale della persona fragile (Aziende Sanitarie Locali, Ospedali, Distretti, Residenze Sanitarie Assistenziali, Comuni, Associazioni di Volontariato).

A partire dal 1986, con l'emanazione della Direttiva 86/547 CEE, le norme comunitarie che disciplinano la libera circolazione dei professionisti sanitari all'interno dell'Unione Europea (UE) sanciscono l'obbligo, per gli Stati membri, di prevedere l'istituzione di un corso di formazione specifica in medicina generale.

Tali disposizioni hanno sempre trovato conferma nelle successive norme e in ultimo nella Direttiva 2005/36 CE.

Dette previsioni scaturiscono dalla considerazione che il modello tecnologico e scientifico della medicina moderna si caratterizza per l'inevitabile frammentazione e parcelizzazione del sapere e dell'agire specialistico e che in tale contesto la medicina generale si pone, invece, come disciplina autonoma, in grado di garantire e mantenere nel tempo una visione integrata e olistica dei problemi, centrata sulla persona e sul processo di cura, non soltanto sulla malattia.

La medicina generale ha pertanto caratteristiche sue proprie in quanto essa:

- si fonda su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla comunità di appartenenza;
- si fonda su una relazione individuale, che si sviluppa nel tempo attraverso una comunicazione efficace tra medico e paziente;
- garantisce la continuità longitudinale delle cure;
- utilizza uno specifico processo decisionale condizionato dalle modalità di presentazione dei problemi e dal loro contesto specifico in cui sono affrontati;
- tratta i problemi di salute nello loro dimensioni fisiche, psicologiche, sociali.

La professione del medico generalista prevede quindi funzioni, attività e compiti de-

finiti da conoscenze, abilità e capacità relazionali peculiari e specifiche, che derivano dalle caratteristiche della disciplina.

La medicina generale è inoltre il primo contatto nell'ambito del sistema sanitario, fornendo accesso libero ai suoi utenti e trattando tutti i problemi di salute indipendentemente da età, sesso o da qualsiasi altra caratteristica dell'individuo.

Con riguardo al SSN è, quindi, fin troppo evidente il ruolo chiave e centrale delle cure primarie, che vedono il MMG attore principale del governo della domanda e dei successivi percorsi sanitari.

Ciò presuppone da parte del MMG l'acquisizione di peculiari capacità, competenze e conoscenze non solo cliniche, ma anche relazionali.

Sin dall'emanazione del D.Lgs. 256 dell'8 agosto 1991, di recepimento della sopracitata Direttiva comunitaria 86/547 CEE, il legislatore nazionale ha posto in capo alle Regioni e PA la competenza in materia di attivazione, organizzazione e gestione dei corsi di formazione specifica in medicina generale, fermo restando l'obbligo del rispetto delle prescrizioni sancite in ambito comunitario e recepite nell'ordinamento interno, con particolare riguardo:

- alla durata triennale della formazione;
- all'obbligo che la stessa sia più pratica che teorica;
- all'obbligo che essa si svolga a tempo pieno, con la partecipazione dei discenti a tutte le attività e graduale assunzione di responsabilità.

Come si è già avuto modo di rappresentare in altre sedi, a più di venti anni di distanza dall'attivazione del primo corso di formazione specifica in medicina generale, in considerazione dell'autonomia regionale si è realizzato sul territorio nazionale uno svi-



luppo oltremodo variegato dell'offerta formativa, sia sul piano delle attività teorico-pratiche, sia sul piano dei programmi e degli obiettivi didattici.

Tuttavia, questa ampia variabilità regionale non risponde pienamente – in termini di contenuti e obiettivi formativi – a criteri di omogeneità e, conseguentemente, determina la mancata realizzazione della garanzia di “livelli uniformi di assistenza” su tutto il territorio nazionale.

A fronte di dette considerazioni, negli ultimi anni, si è presa inoltre coscienza del fatto che l'approccio globale e centrato sulla persona, tipico della medicina generale, non può essere patrimonio culturale solo di coloro i quali frequentano lo specifico corso post-laurea, ma deve entrare a far parte a pieno titolo del *core curriculum* di tutti i medici, tramite l'insegnamento della medicina generale nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Il riconoscimento del ruolo strategico del MMG e della medicina del territorio – su cui peraltro trova fondamento il forte interesse del Ministero della Salute nello sviluppo culturale di detta professione – ha condotto, quindi, alla necessità di procedere a una riflessione sull'intera materia.

Un percorso di “manutenzione” avente a oggetto la formazione specifica in medicina generale deve comunque svilupparsi tramite un dibattito che vede coinvolti in prima persona tutti gli attori cui oggi è affidata tale formazione (Regioni e PA, Ordini professionali, Società scientifiche, Organizzazioni sindacali di categoria e Università).

Per tali finalità, a partire dal 2009 opera

presso questo Dicastero l'Osservatorio nazionale sulla formazione in medicina generale di cui fanno parte rappresentanti del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, delle Regioni e PA e della professione, con il compito di:

- fornire indicazioni sui contenuti relativi ai crediti formativi in medicina generale da acquisire durante il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, fermo restando il rispetto dell'autonomia universitaria;
- definire gli obiettivi formativi dei corsi di formazione specifica in medicina generale, garantendone l'omogeneità sul territorio nazionale;
- definire modelli organizzativi condivisi e omogenei dei corsi di formazione specifica in medicina generale;
- definire i criteri di accreditamento dei MMG che svolgono funzioni di docenza e di tutor nell'insegnamento della medicina generale sia nell'ambito del corso di laurea in Medicina e Chirurgia sia nei corsi di formazione specifica.

Nel biennio 2009-2010 l'Osservatorio, previa una preliminare ricognizione delle diverse esperienze di insegnamento sia in ambito universitario sia in ambito regionale, ha avuto mandato di formulare, tramite la predisposizione di specifici documenti tecnici, proposte operative atte a superare le criticità attuali.

Detti documenti, che trattano specificamente i punti sopramenzionati, sono in fase di redazione finale. Essi dovranno, comunque, essere discussi con le Amministrazioni regionali e, ove condivisi, oggetto di specifico Accordo.

### 6.1. Introduzione

Il concetto di invecchiamento è un concetto multidimensionale, che comprende diverse dimensioni dell'individuo (individuale, biologica, psicologia, sociale e culturale) che interagiscono tra loro connotando la persona nella sua unicità e nel suo peculiare processo dell'invecchiare. Il gruppo delle persone anziane non è un gruppo omogeneo e le differenze individuali tendono ad aumentare con l'età.

Il concetto di invecchiamento attivo, elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), rimanda alla massima realizzazione delle potenzialità fisiche, mentali, sociali ed economiche delle persone anziane. Il termine "attivo" si riferisce all'effettiva partecipazione sociale, economica e culturale della persona anziana alla vita.

Un piano di indirizzo per un invecchiamento attivo si fonda sui principi delle Nazioni Unite per le persone più anziane (indipendenza, partecipazione, cura, autorealizzazione e dignità) e su tre pilastri:

- **partecipazione:** quando il mercato del lavoro, l'impiego, l'istruzione, la salute, le politiche sociali e i programmi supportano la piena partecipazione alle attività socioeconomiche, culturali e spirituali in accordo ai diritti umani, alle capacità, ai bisogni e alle preferenze, le persone anche in età avanzata continueranno a fornire un contributo attivo alla società sia nelle attività retribuite sia in quelle non retribuite;
- **salute:** l'obiettivo di prevenzione, gestione delle malattie croniche e trattamento delle patologie dovrebbe essere garantito dalle istituzioni deputate alla salute delle persone per garantire la continuità delle cure nel tempo e nei vari setting;

- **sicurezza:** quando le politiche e i programmi indirizzano i bisogni legati alla sicurezza fisica, finanziaria e sociale e i diritti delle persone che invecchiano, le persone più anziane (e le loro famiglie) sono rassicurate da protezione, dignità e cura nelle circostanze che non sono più capaci di supportare, dalle quali non sono più in grado di proteggersi.

Occorre acquisire una visione differente del concetto di invecchiamento e guardare alla persona anziana non soltanto come destinataria di interventi assistenziali, ma come patrimonio da salvaguardare, come risorsa con proprie abilità fisiche, emotive e intellettuali.

Il concetto di invecchiamento attivo sposta l'attenzione dai bisogni ai diritti della persona anziana, considerando un'esistenza e un'attività che si protraggono dopo gli anni lavorativi per ottimizzare il tempo rimasto libero. Quindi l'invecchiamento attivo è un costrutto che si compone e si consolida progressivamente con scelte di vita che possono prevedere anche l'indirizzarsi verso attività nuove o precedentemente trascurate. La partecipazione alla comunità da un punto di vista sociale e culturale comporta il ripensare alla propria posizione nella società. L'invecchiamento attivo si riferisce a un'aspettativa di vita sana e di una buona qualità di vita per le persone che invecchiano, anche per coloro che sono fragili, disabili e che necessitano di assistenza. Le persone anziane che non lavorano più o che vivono con alcune disabilità possono comunque fornire un contributo attivo alle loro famiglie, alla collettività.

Il termine salute nel contesto dell'invecchiamento attivo si riferisce a una condizione di benessere che include tutti quegli elementi (salute mentale, legami e inseri-

mento nel sociale), che nella fase più avanzata della vita di una persona assumono la stessa importanza di quei fattori che ne migliorano la salute fisica.

Come si legge sul Libro Bianco della Comunità Europea (2007) ...favorire un invecchiamento sano significa, da un lato, promuovere la salute lungo tutto l'arco della vita in modo da prevenire i problemi di salute e le disabilità fin dalla più giovane età, e, dall'altro, combattere le disparità a livello di salute derivanti da fattori sociali, economici e ambientali.

La possibilità di vivere più a lungo deve poter costituire un'opportunità per una vita in salute, partecipe e in sicurezza.

## 6.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

L'analisi dell'aspetto demografico della popolazione costituisce un aspetto importante in quanto l'età anagrafica e la richiesta di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali sono strettamente interconnesse.

Il gruppo di persone di ottanta anni o più costituisce il segmento della popolazione anziana che cresce più velocemente.

La riduzione della fertilità è la prima causa dell'invecchiamento della popolazione: le persone in età riproduttiva hanno un minore numero di bambini rispetto alle genera-

zioni precedenti, con il risultato che si assiste a una conseguente riduzione della proporzione di bambini e giovani nella popolazione.

Dal report delle Nazioni Unite sull'invecchiamento a livello mondiale (*World Population Ageing 2009*) emerge che nel 2025 l'Italia si collocherà al secondo posto tra i Paesi con la maggiore percentuale di persone con 60 anni o più (*Tabella 6.1*).

Nove dei dieci Paesi con più di 10 milioni di abitanti e la maggiore percentuale di persone anziane si trovano in Europa. Ci si attende un lieve cambiamento per il 2025, quando le persone con 60 anni e più costituiranno circa un terzo della popolazione in Paesi come Giappone, Italia e Germania, seguiti poi da altri Paesi europei.

Le persone di 80 anni o più costituiscono l'1,5% della popolazione totale mondiale, ma ci si aspetta che raggiungano il 4,3% per il 2050.

Le previsioni demografiche nazionali dell'Istituto nazionale di statistica (Istat) ipotizzano in Italia un miglioramento dei livelli di sopravvivenza: la vita media degli uomini cresce da 77,4 anni nel 2005 a 83,6 nel 2050; quella delle donne da 83,3 anni a 88,8 (*Tabella 6.2*).

Questo incremento colloca l'Italia ai vertici della graduatoria nell'ambito dei Paesi dell'UE. Le ragioni risiedono nell'adozione di stili di vita salutari e nei progressi medici.

**Tabella 6.1.** Paesi con più di 10 milioni di abitanti (nel 2002) con la maggiore percentuale di persone con 60 anni o più

2002		2025	
Italia	24,5%	Giappone	35,1%
Giappone	24,3%	Italia	34,0%
Germania	24,0%	Germania	33,2%
Grecia	23,9%	Grecia	31,6%
Belgio	22,3%	Spagna	31,4%
Spagna	22,1%	Belgio	31,2%
Portogallo	21,1%	Regno Unito	29,4%
Regno Unito	20,8%	Paesi Bassi	29,4%
Ucraina	20,7%	Francia	28,7%
Francia	20,5%	Canada	27,9%

Fonte: *World Population Ageing 2009*.

**Tabella 6.2.** Le ipotesi demografiche della simulazione Istat all'orizzonte del 2050

	2005	2030	2050
<b>Vita media</b>			
Uomini	77,4	81,0	83,6
Donne	83,3		
<b>Fecundità</b>		86,6	88,8
Numero medio figli per donna	1,34	1,48	1,6

Fonte: *Previsioni demografiche nazionali 1 gennaio 2005-1 gennaio 2050 – Istat 2006.*

Come si evince da un prospetto effettuato dall'Istat (*Tabella 6.3*) la struttura per età italiana è destinata a modificarsi progressivamente in direzione di un invecchiamento graduale e generalizzato in tutto il territorio: se nel 2010 1 italiano su 5 aveva più di 65 anni, nel 2030 si supererà il rapporto 1 su 4. Ci si attende che la percentuale di giovani (fino a 14 anni di età) diminuirà. Infatti, entro il 2030 la percentuale di giovani fino a 14 anni passa dal 14,2% al 12,2%, mentre parallelamente aumenta sensibilmente, dal 19,5% al 27%, il peso delle classi di età sopra i 65 anni e, all'interno di questa grande classe di età, quello degli 85enni e più (i cosiddetti grandi vecchi), dal 2% al 4,7%. Il rapporto tra anziani con più di 65 anni e popolazione complessiva passa da 1 ogni 5 del 2005 a 1 ogni 4 nel 2030. Nello stesso periodo, per quel che riguarda gli 85enni e più, il medesimo rapporto passa da 1 ogni 50 a 1 ogni 20 individui.

### 6.3. Indicazioni per la programmazione

L'età avanzata di per sé non è associata a un incremento della spesa medica; lo sono la disabilità e la salute carente, spesso associate all'età avanzata. Alcune problematiche tipiche dell'età avanzata possono essere previste o posticipate.

Il fallimento nella prevenzione o gestione di tali problematiche costituisce un costo elevato a livello umano e sociale che assorbe enormi risorse.

L'invecchiamento è un processo individuale (legato al corredo biologico e genetico della persona) e modificabile (in quanto legato al contesto esterno e culturale) e necessita di una prospettiva totalitaria che consideri l'individuo inserito nel contesto di una comunità che ne influenza la personalità.

Il declino individuale è definito dai rischi e dalle opportunità che caratterizzano la vita di ciascuno. Il grado in cui una persona diventa o rimane disabile è anche legato a fattori sociali, ambientali ed economici e definisce la soglia della disabilità.

Il modo di far fronte alla disabilità dipende dalla plasticità della persona: la reazione di un soggetto anziano alla perdita di una funzione è legata alle risorse biologiche e individuali che ne consentono un adattamento più o meno adeguato alla nuova condizione. L'abilità di compensare la perdita di una funzione è dipendente da alcuni fattori peculiari nel corso della vita di una persona: uno stile di vita sano e adeguate condotte preventive consentono di appros-

**Tabella 6.3.** Indicatori di struttura della popolazione italiana 1990-2050

	Struttura per età della popolazione				Indici di struttura		
	0-14 anni	15-64 anni	> 65 anni	> 85 anni	Vecchiaia	Dipendenza strutturale	Dipendenza anziani
1990	16,8%	68,5%	14,7%	1,2%	88	46	22
2005	14,2%	66,4%	19,5%	2,0%	138	51	29
2010	14,0%	65,5%	20,5%	2,8%	146	53	31
2020	13,2%	63,7%	23,2%	3,9%	176	57	36
2030	12,2%	60,8%	27,0%	4,7%	222	64	44
2040	12,4%	55,6%	32,0%	5,8%	259	80	58
2050	12,7%	53,7%	33,6%	7,8%	264	86	63

Fonte: *Previsioni demografiche nazionali 1 gennaio 2005-1 gennaio 2050 – Istat 2006.*

simarsi all'età avanzata in condizioni di salute ottimali.

Favorire un invecchiamento attivo significa impegnarsi in tutti gli stadi della vita, ridurre le morti precoci, ridurre le disabilità associate alle malattie croniche in età più avanzata, riuscire ad avere il maggior numero di persone che avanzano negli anni con una buona qualità di vita, riuscire ad avere dalle persone che invecchiano una maggiore partecipazione attiva agli aspetti sociali, culturali, economici e politici della società, con ruoli attivi all'interno della vita familiare e della comunità, riuscire ad avere costi più bassi per il trattamento medico e servizi di assistenza.

L'interrogativo ricorrente riguarda quale aiuto fornire alla persona anziana per ridurre, eliminare o migliorarne la dipendenza.

Storicamente la famiglia costituiva il riferimento essenziale per l'assistenza alle persone anziane, ma anche se questa continua a costituire il punto di riferimento il cambiamento demografico, la maggiore aspettativa di vita delle persone anziane e il numero ridotto di componenti del nucleo familiare hanno imposto una riflessione più attenta sul prendersi cura della persona anziana.

La richiesta di aiuto nasce nella e dalla famiglia e questa, insieme ai servizi, deve riuscire a fornire una risposta adeguata ai bisogni della persona anziana.

Quando si affronta il tema dell'assistenza alla persona anziana, bisogna considerare il carico assistenziale del *caregiver* (in genere coniugi o figli) che tende ad accrescere con la progressiva diminuzione dell'autosufficienza della persona anziana. Pertanto, nella programmazione di interventi che riguardano la terza età si rende necessario considerare la figura del *caregiver* e promuovere per loro servizi specifici quali: istruzione e formazione; gruppi di auto-aiuto; servizi di supporto (telefonico e informatico).

Per realizzare un'assistenza differenziata e adeguata ai bisogni delle persone anziane è necessario creare una rete integrata di servizi (sanitari, sociali, famiglia e rete amicale, volontariato) di assistenza continuativa. Per promuovere un invecchiamento attivo, gli organismi che erogano servizi devono

adottare una prospettiva legata a tutto l'arco di vita della persona, imperniata su:

- promozione della salute e prevenzione delle patologie: promuovere la salute significa rendere le persone capaci di controllare e migliorare la loro salute. La prevenzione delle patologie include la prevenzione e la gestione di condizioni comuni agli individui che invecchiano. La prevenzione si riferisce sia a una prevenzione primaria (evitare l'uso di tabacco), sia alla prevenzione secondaria (screening per la precoce individuazione di malattie croniche), sia alla prevenzione terziaria (gestione clinica appropriata delle patologie). Tutte le forme di prevenzione contribuiscono a ridurre il rischio di disabilità;
- accesso imparziale alla qualità delle cure primarie. Poiché il rischio di sviluppare patologie aumenta con l'età, l'accesso ai servizi preposti alla cura diviene fondamentale. Tali servizi dovrebbero essere erogati dai settori di cura primari, che a loro volta devono essere attrezzati per indirizzare, quando è necessario, un intervento nelle fasi più acute, ai livelli secondari e terziari di cura. Ciò richiede un riorientamento degli organismi dedicati alla salute delle persone, che non devono organizzarsi attorno a episodi acuti e periodiche esperienze di malattia. Con il progressivo invecchiamento della popolazione, la domanda di assistenza per ritardare e trattare malattie croniche, per alleviare il dolore e migliorare la qualità di vita, aumenta. Tale processo di rinnovamento coinvolge tutti: Governi, servizi per la salute, professionisti della salute, organizzazioni che rappresentano le persone anziane ecc.;
- cure a lungo termine: sono definite dall'OMS come quelle attività intraprese dai *caregivers* e/o dai professionisti della salute per garantire alle persone che non sono in grado di provvedere alla propria cura autonomamente la migliore qualità di vita possibile, in accordo alle proprie preferenze individuali, con il maggiore grado possibile di indipendenza, autonomia, partecipazione, realizzazione e di-

gnità umana. Le cure a lungo termine includono sia i sistemi di supporto formale (servizi di comunità, residenze, servizi di salute pubblica, cure primarie, cure palliative, servizi di riabilitazione), sia i sistemi di supporto informale.

Nella pianificazione degli interventi di prevenzione per un invecchiamento attivo assumono un ruolo di rilievo alcune determinanti specifiche:

- **determinanti comportamentali:** l'adozione di stili di vita sani e attivamente partecipi nella cura della persona costituiscono fasi importanti della vita. Un corretto stile di vita (attività fisica adeguata, corretta alimentazione, assenza di fumo, corretta assunzione di alcool e di farmaci) in età avanzata può prevenire le malattie e il declino funzionale, estendendo la longevità e innalzando la qualità di vita. Gli effetti benevoli dell'attività fisica sono legati, oltre che all'attività fisica di per sé, anche al fatto che nella gran parte dei casi essa implica indirettamente l'adozione di uno stile di vita e abitudini più salutari;
- **determinanti individuali:** la biologia e la genetica influenzano considerevolmente il modo in cui una persona invecchia; l'invecchiamento è un insieme di processi biologici geneticamente determinati. L'influenza della genetica sullo sviluppo di condizioni croniche (diabete, malattie cardiache, malattia di Alzheimer) varia tra gli individui. I fattori psicologici (intelligenza, capacità cognitiva e *problem solving*) costituiscono dei predittori dell'invecchiamento attivo e della longevità. Alcune capacità cognitive tendono a diminuire con l'avanzare dell'età, ma tali perdite possono essere compensate da altre conquiste in saggezza, conoscenza ed esperienza. La perdita di alcune abilità può essere determinata da un loro minore utilizzo (mancanza di esercizio), malattia (depressione), comportamenti (utilizzo di alcool e farmaci), fattori psicologici (mancanza di motivazione, scarse aspettative) e fattori sociali (solitudine, isolamento) più che all'invecchiamento di per sé;

- **determinanti legate all'ambiente fisico:** l'ambiente fisico può fare la differenza per la dipendenza o indipendenza degli individui, particolarmente per gli anziani. Accesso ai trasporti pubblici, aree rurali e possibilità di partecipare a una vita attiva senza rischio di cadute, con una casa priva di pericoli;

- **determinanti legati all'ambiente sociale:** il supporto sociale (un supporto sociale inadeguato è associato non soltanto a un aumento della mortalità, morbilità e stress psicologico, ma anche a una diminuzione del benessere e della salute generale) costituisce l'elemento di forza delle salute emotiva. La solitudine e l'isolamento in età avanzata sono legati al declino della salute fisica e mentale;

- **determinanti economiche:** tre fattori possono influenzare l'invecchiamento attivo: reddito, lavoro e protezione sociale. Non avere un reddito adeguato contribuisce a uno scarso benessere, così come il non percepire una pensione.

Le tre componenti principali di un invecchiamento di successo sono:

- scarsa probabilità di malattia o disabilità;
- buon funzionamento cognitivo e fisico;
- coinvolgimento attivo in più ambiti della propria vita.

Una considerazione sul futuro degli anziani non può prescindere da una riflessione sulla costruzione di una rete di servizi di contiguità e vicinato: l'adeguamento delle abitazioni private a livello strutturale, il potenziamento dei centri per gli anziani, l'elaborazione di un piano per gli spostamenti pedonali, il riesame del piano dei trasporti pubblici, l'adeguamento dei tempi e dei luoghi della città. Riorganizzare e potenziare la rete delle strutture residenziali significa distinguere fra strutture socio-assistenziali per anziani autosufficienti e strutture sociosanitarie per anziani non autosufficienti.

Una volta individuati i servizi e le prestazioni per gli anziani, occorre fornire continuità, avvalersi di specifici strumenti per verificarne e valutarne la qualità e l'efficacia.

Per un invecchiamento attivo è fonamen-

tale lavorare sulla prevenzione; spiegare il vero significato del termine per insegnare alle persone come utilizzare al meglio la propria riserva funzionale per consentire di raggiungere l'età avanzata in buone condizioni. Tale concetto si sviluppa nel tempo e lungo l'arco della vita della persona; è un costrutto che per svilupparsi e radicarsi necessita di un'integrazione tra i servizi sani-

tari e il territorio, anche attraverso la figura del MMG, che costituisce per il paziente un elemento di continuità.

Lo scopo principale dell'attività di prevenzione è evitare di far diventare l'anziano fragile, attuando programmi di prevenzione primaria e secondaria delle comorbidità che sono causa di fragilità e disabilità nel paziente anziano.

In sanità, come ormai in ogni realtà, le tecnologie rappresentano una componente indispensabile. La medicina ha subito negli ultimi anni una trasformazione rapidissima con l'immissione sul mercato di tecnologie innovative o ad alto profilo, che da un lato permettono l'evoluzione verso procedure sempre più accurate e, dall'altro, se non utilizzate correttamente, possono comportare un aumento globale dei costi del sistema sanitario.

Le grandi tecnologie biomediche si possono articolare in tre classi principali: quella della diagnostica per immagini e radioterapia, quella delle analisi diagnostiche biochimiche, nonché quella degli interventi terapeutici.

Nell'ambito della diagnostica per immagini, si evidenziano priorità di intervento in un rinnovamento delle apparecchiature di radiologia tradizionale e della mammografia con evoluzione verso la tecnologia digitale, nell'aumento dei sistemi RIS (*Radiological Information System*)-PACS (*Picture Archiving and Communication System*), nell'incremento delle tecnologie ibride. Nello scenario di continua innovazione tecnologica della diagnostica per immagini si individua nella digitalizzazione dell'imaging un fattore di trasformazione centrale e decisivo sia nelle modalità produttive interne alle strutture e alle unità operative della diagnostica sia nei processi clinici complessivi (ospedale, rete di ospedali, funzioni e ruoli territoriali). L'evoluzione verso la tecnologia digitale garantisce una migliore qualità del servizio al paziente tramite la riduzione della dose assorbita, una maggiore semplicità in fase di esecuzione della prestazione, una maggiore accuratezza diagnostica (con la possibilità di effettuare elaborazioni con software dedicati e stime

quantitative), una maggiore efficienza nella gestione delle immagini digitali (dalla loro formazione all'archivio) e un'ottimizzazione delle procedure di lavoro. In questo processo di crescente digitalizzazione un ruolo importante hanno anche i sistemi RIS/PACS per la gestione e l'archivio dei dati e delle immagini radiologiche. Una maggiore diffusione dei RIS/PACS, oggi distribuiti nelle strutture radiologiche a macchia di leopardo, e il recupero di una capacità organizzativa e operativa in ambito interospedaliero e territoriale permetterebbero di razionalizzare e potenziare il sistema di offerta, in linea con l'esigenza di rendere sempre più trasparenti l'accesso e l'utilizzo del sistema sanitario regionale nei confronti dei suoi utilizzatori (SSN e cittadino). Lo sviluppo di sistemi di imaging sempre più sofisticati porta a un aumento dell'accuratezza diagnostica e a una riduzione dei tempi di esame. In questo contesto, va segnalato lo sviluppo di sistemi ibridi che integrano due modalità di imaging (es. PET/TC) nella stessa apparecchiatura, permettendo l'esecuzione di due indagini in un'unica sessione di esame. L'integrazione di informazioni complementari (es. morfologiche TC e funzionali PET) ottimizza i tempi di esame e la qualità dei dati prodotti dalle due tecniche (radiologia e medicina nucleare), con un impatto sui percorsi diagnostico-terapeutici.

Anche la radioterapia, come la diagnostica per immagini, è caratterizzata da una crescita e implementazione tecnologica continua e progressiva, sicuramente in grado di fornire, nel prossimo futuro, ulteriori migliorie a favore del paziente affetto da tumore. Lo sviluppo tecnologico in radioterapia riguarda il miglioramento dell'imaging, come guida più precisa per il trattamento



radiante, e l'avanzamento nelle modalità tecniche di erogazione delle radiazioni. Relativamente alla radioterapia guidata dalle immagini, gli acceleratori lineari moderni, sempre più disponibili nei centri oncologici di alta specializzazione, sono ormai in grado di produrre immagini radiologiche di alta qualità. Il volume bersaglio viene oggi definito sulla base delle immagini morfologiche TC e RM, ma lo sviluppo dell'imaging funzionale (PET-TC, RM funzionale) e la disponibilità di nuovi traccianti renderà possibile una caratterizzazione anche biologica del tumore e la definizione nel dettaglio di sottopopolazioni diversamente sensibili alle radiazioni. Le tecniche di erogazione delle radiazioni sono sempre più precise. La radioterapia a intensità modulata (*Intensity-Modulated Radiation Therapy*, IMRT) è una tecnica ottimale per ridurre drasticamente gli effetti collaterali del trattamento radiante. Ulteriori ottimizzazioni della distribuzione di dose possono essere ottenute con il sistema di IMRT elicoidale della Tomoterapia, l'uso di archi dinamici modulati effettuabili da moderni acceleratori lineari e altri sistemi di erogazione pendolare modulata. Con i suddetti sistemi di precisione, estremamente cautelativi per gli organi sani, è possibile adottare schemi di frazionamento della dose, ugualmente efficaci, ma in grado di ridurre i tempi di attesa per i pazienti e i costi per il sistema sanitario. La nuova frontiera tecnologica in radioterapia è infine rappresentata dall'uso clinico di particelle pesanti come protoni e ioni carbonio, erogati da potenti acceleratori. Le potenzialità di queste tecniche, oggi disponibili in pochi centri al mondo, sono controbilanciate da costi di implementazione ancora poco permissivi.

Nell'ambito delle tecnologie di diagnostica di laboratorio, accanto alle indagini biochimiche classiche che sono state notevolmente automatizzate mediante robotizzazione riducendo i tempi di indagine, sono stati messi a punto test diagnostici sulla base di un'ampia serie di nuove piattaforme tecnologiche quali, citogenetica, immunochimica, ibridazione *in situ* con fluorescen-

za e altre tecnologie molecolari, compresa quella proteomica. Inoltre, lo studio e la caratterizzazione del genoma umano e lo sviluppo di nuove tecnologie di biologia molecolare hanno permesso l'introduzione nel laboratorio clinico della genetica medica per l'identificazione e la diagnosi di malattie ereditarie in epoca sia pre- sia post-natale, per la caratterizzazione di malattie genetiche e oncologiche, per l'individuazione precoce di infezioni microbiche. L'integrazione delle informazioni ottenute mediante queste nuove tecnologie diagnostiche con le terapie adatte sono un'importante componente nella definizione di una medicina personalizzata.

In Italia, tuttavia, la distribuzione sul territorio delle tecnologie è molto disomogenea, con una forte prevalenza nelle Aziende Ospedaliere al Nord e maggiore carenza nel Centro-Sud. Coesistono in larga maggioranza sistemi obsoleti (o a basso profilo) con sistemi innovativi di recente acquisizione. Prendendo, per esempio, la diagnostica per immagini, la forbice va da 1,6 (Puglia) a 4,4 (Alto Adige) tecnologie ogni 10.000 abitanti. Allo stato attuale la distribuzione sul territorio non appare dunque adeguata né al reale fabbisogno, né a criteri di economicità e al corretto impiego, sia in termini quantitativi (ore di funzionamento delle apparecchiature) sia qualitativi (appropriatezza delle indicazioni) delle apparecchiature.

In questo contesto e in considerazione della continua e rapidissima evoluzione, lo sviluppo tecnologico in ambito sanitario dovrà prevedere un piano di intervento per l'acquisizione delle nuove tecnologie emergenti nei diversi settori, al fine di garantire un'armonizzazione nella distribuzione delle tecnologie sul territorio nazionale e un ammodernamento delle tecnologie in obsolescenza. Il rinnovo del parco tecnologico deve infatti mirare a offrire un servizio il più possibile in linea con gli ultimi ritrovati tecnologici, protocolli clinici, assetti organizzativi e linee guida di settore, al fine di assicurare ai pazienti continuità e qualità del servizio e a non incrementare i costi globali della sanità.

Tutto ciò richiede un elevato e continuo utilizzo di risorse (sia finanziarie sia umane) nel rispetto dei vincoli dettati dai capitoli di spesa e dal quadro normativo del settore pubblico.

Spesso può essere conveniente valutare un meccanismo di collaborazione tra pubblico e privato (*Public Private Partnership*, PPP). In Italia, le basi delle forme dei sistemi gestionali misti pubblico-privati in sanità sono costituite dalle sperimentazioni gestionali introdotte dall'art. 9-bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

Nel contesto italiano, il modello di sperimentazione gestionale è molto ampio e comprende una vasta gamma di forme di collaborazione. La scelta del corretto modello di collaborazione, e dunque dell'assetto organizzativo e dell'allocazione dei rischi, è cruciale per la riuscita del progetto. Infatti, al fine di garantire gli obiettivi di produttività e di performance dei servizi erogati, la collaborazione deve essere realizzata mediante il modello di collaborazione che maggiormente è in grado di ottimizzare l'efficienza, la continuità qualitativa e la piena operatività della struttura.

Nell'ambito delle prestazioni sanitarie correlate all'utilizzo di tecnologie diagnostiche e terapeutiche, l'obiettivo della PPP deve consistere nell'incrementare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni sanitarie stesse attraverso l'eventuale integrazione del personale, l'ammodernamento progressivo della struttura e delle tecnologie contenendo la spesa entro i proventi della prestazione sanitaria (DRG) e senza esposizione sul mercato del debito.

Il modello di gestione in partecipazione pubblico-privato deve prevedere che l'organizzazione e la supervisione del "processo produttivo" siano affidate al partner privato sotto il controllo quali-quantitativo del partner pubblico. Il partner privato, a sua volta, deve condividere i proventi, ricevendo una percentuale variabile prestabilita del valore del ricavo (DRG) definita a remunerazione della quota di ammortamento connessa agli investimenti, ai costi di funzionamento, del personale integrativo (full time, part time, intramoenia), e alla

remunerazione del fattore imprenditoriale. La collaborazione deve prevedere, inoltre, un "meccanismo premiante" per il partner pubblico da calcolarsi sull'abbattimento dei tempi d'attesa. Infatti, oltre la soglia del numero minimo di prestazioni sanitarie garantite ("minimo garantito") dalla collaborazione pubblico-privata, la percentuale di remunerazione (DRG) riconosciuta al partner privato si dovrebbe ridurre secondo uno schema prestabilito in quanto la quota di remunerazione devoluta all'ammortamento dell'investimento del partner privato dovrebbe essere calcolata solo sul "minimo garantito".

La collaborazione pubblico-privata in campo sanitario potrebbe dunque rafforzare il sistema sanitario nazionale garantendo un appropriato sistema di offerta che riconosca la centralità dell'interesse pubblico e il contributo al sistema sanitario di istituzioni private secondo criteri di efficacia, equità ed efficienza.

Tuttavia, al fine di creare le precondizioni necessarie per massimizzare le ricadute positive derivanti dall'adeguamento tecnologico è fondamentale che l'ammodernamento tecnologico e strutturale sia orientato a garantire la fruibilità e a facilitare l'utilizzo dei servizi implementati, nonché l'interoperabilità semantica e tecnologica dei sistemi, assicurando quindi la disponibilità di quel tessuto connettivo fondamentale quale è la realizzazione dei servizi integrati in rete.

A oggi sono in corso di realizzazione numerose e interessanti applicazioni finalizzate all'attuazione della sanità in rete, le cui ricadute positive possono essere riconosciute in diversi ambiti assistenziali, dalla prevenzione alla diagnosi, alla riabilitazione. In particolare, i benefici riscontrati sono molteplici e spaziano dalla disponibilità "ubiqua" delle informazioni associate alla storia clinica del paziente alla fruibilità della documentazione sanitaria in formato digitale, all'abilitazione di sistemi evoluti di identificazione del paziente.

L'adeguamento tecnologico rappresenta, infatti, il substrato abilitante a un modo evoluto di "fare sanità", basato su modalità innovative, e sempre più personalizzate, di

erogazione dei servizi sanitari. A tal fine diviene fondamentale rendere disponibile un sistema di servizi integrati in rete che abiliti concretamente nuove modalità di erogazione dell'assistenza e che consenta di tracciare chiaramente il percorso del paziente sin dal primo momento di interazione con la rete dei servizi. Il sistema di servizi integrati deve essere orientato a consentire, in tempo reale, il controllo e la valutazione sistematica di parametri quali il rischio clinico, le procedure diagnostiche e terapeutiche, con particolare riferimento alla qualità delle stesse,

alle risorse impiegate, alle tecnologie utilizzate e, non ultimo, al livello di soddisfazione percepito dal cittadino. Per questo, lo sviluppo tecnologico, inteso come finalizzato all'attuazione della sanità in rete – o sanità elettronica –, diviene un fondamentale propulsore, soprattutto nell'ambito della rete dei servizi sanitari di livello nazionale e territoriale, contribuendo fattivamente alla diffusione di informazioni a beneficio dei cittadini, al miglioramento dei processi di erogazione dell'assistenza e alla programmazione sanitaria.

## Terapie innovative e farmaceutica ospedaliera

L'Italia è, tra gli Stati membri dell'UE, il Paese che, insieme a Francia, Olanda e Regno Unito, garantisce una delle più elevate coperture ai pazienti e il migliore accesso ai farmaci, compresi i farmaci orfani e i farmaci oncologici. Assistenza al paziente e sostenibilità sono, infatti, due principi cardine del nostro sistema sanitario. La tempestività di accesso alle cure, soprattutto in campo oncologico, costituisce per ogni paziente un valore inestimabile. Tale tempestività, tuttavia, non riguarda solo il processo di autorizzazione all'immissione in commercio dei nuovi farmaci, ma deve riguardare anche la diagnosi, la presa in carico del paziente e il sostegno alla famiglia, nell'accompagnamento nel percorso della terapia.

Nel corso del biennio 2009-2010 l'AIFA ha migliorato le proprie performance nel garantire che a ogni cittadino siano resi disponibili i farmaci più innovativi, sicuri ed efficaci, che la ricerca farmaceutica è stata capace di scoprire. L'AIFA, inoltre, attraverso il sistema dei registri di monitoraggio assicura la disponibilità di dati importanti e fondamentali per la ricerca medica, poiché dati che derivano dalla pratica quotidiana. I registri sono anche la base di un sistema di rimborso, che potrebbe essere definito unico in Europa, volto a garantire la centralità del paziente poiché, legando la rimborsabilità dei farmaci all'appropriatezza del loro uso, è a garanzia della sostenibilità del sistema.

In un momento in cui le risorse disponibili sono sempre più contingentate specialmente per quanto attiene l'assistenza farmaceutica ospedaliera, essere certi di garantire a tutti coloro che ne hanno la necessità anche i farmaci più costosi è un principio che deve essere salvaguardato e uno dei principali

elementi di impegno dell'AIFA nel corso del 2010.

Nel campo dei farmaci di utilizzo ospedaliero un ruolo importante hanno cominciato a assumere i farmaci biosimilari. Questi, infatti, dal 2009, stanno entrando in un'importante fase di sviluppo a livello mondiale, con un impatto significativo in termini sia di compatibilità economica del sistema, sia di scelta terapeutica. Data l'impossibilità di riprodurre la struttura complessa e multidimensionale delle proteine biotecnologiche dei farmaci *originators*, i farmaci biosimilari sono simili ma non uguali ai farmaci di riferimento, costituendo, quindi, un'alternativa terapeutica dotata di proprietà farmacocinetiche e farmacodinamiche potenzialmente diverse.

Per questo il biosimilare, pur richiamando nell'autorizzazione il prodotto di riferimento, ne evidenzia anche le differenze. L'aspetto importante da non trascurare è che, ottenendo un costo minore, anche il farmaco biosimilare permette di garantire un migliore accesso alle terapie per tutti i pazienti. L'AIFA, in collaborazione con le Regioni, è impegnata per far sì che sia garantita quella concorrenza offerta dalla presenza sul mercato dei biosimilari, concorrenza che permetta di investire le risorse liberate nella ricerca su nuovi prodotti soprattutto in campo biotecnologico. Le biotecnologie rappresentano la vera frontiera della ricerca farmacologica mondiale, dove l'Italia è uno dei Paesi più all'avanguardia.

Nel corso dell'ultimo decennio si è assistito, infatti, a un'intensa attività di ricerca e sviluppo di promettenti approcci di medicina rigenerativa, tramite la terapia genica, la terapia cellulare somatica e l'ingegneria dei tessuti. Queste terapie avanzate (secondo quanto stabilito dal regolamento CE n. 1394/2007)

offrono opportunità molto promettenti di disporre di trattamenti innovativi, potenzialmente rivoluzionari, volti alla prevenzione e alla cura di malattie, lesioni e disfunzioni del corpo umano, che includono il cancro, le patologie neurodegenerative (morbo di Parkinson e morbo di Alzheimer), le malattie rare ed ereditarie, ma anche patologie ad alta prevalenza in cui gli approcci tradizionali non si sono rivelati efficaci (es. il diabete di tipo 1, l'infarto del miocardio, la distrofia muscolare, la cirrosi epatica, la degenerazione maculare della retina, l'incontinenza). Tramite l'utilizzo di tessuti ingegnerizzati o con le terapie cellulari si sono resi disponibili trattamenti per le lesioni della pelle (trapianti nei gravi ustionati), delle cartilagini e delle ossa, opportunità di trapianto d'organo o di tessuto (es. trachea, cartilagine del menisco).

I risultati di tutte queste ricerche sono senz'altro incoraggianti e certamente assisteremo a un passaggio epocale rispetto al concetto di "medicamento" e cura tradizionali. Tuttavia, nonostante il loro enorme potenziale, sono ancora poche le terapie avanzate a oggi disponibili e poche anche le domande di autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali per terapie avanzate finora presentate. L'assetto regolatorio sulle terapie della medicina rigenerativa è infatti orientato contemporaneamente all'obiettivo di tutela e protezione dei pazienti da un lato e all'incoraggiamento dell'innovazione dall'altro. Proprio l'ottimizzazione dell'iter autorizzativo della terapia genica, della terapia cellulare somatica e dei prodotti di ingegneria tissutale, che ha visto impegnata l'AIFA nell'ultimo biennio a livello sia nazionale sia europeo e internazionale.

Sostenere l'eccellenza scientifica della ricerca italiana ed europea rappresenta uno degli strumenti fondamentali per il futuro, anche tramite progetti sperimentali comuni per favorire la creazione di infrastrutture e

network dei centri leader nel settore. Se la scienza ha individuato gli strumenti innovativi che produrranno il progresso e il cambiamento della cura, il sistema regolatorio e sanitario italiano sono, invece, impegnati nel compito di istituire programmi condivisi per contribuire allo sviluppo delle terapie avanzate. Obiettivi principali sono la semplificazione di accesso dei pazienti alle terapie avanzate, la garanzia della sicurezza dei trattamenti e, al tempo stesso, il miglioramento delle possibilità di ricerca e sviluppo.

Le maggiori difficoltà sono quelle legate al reperimento di fondi per la ricerca, o meglio per il trasferimento della ricerca dal laboratorio al mondo clinico (medicina traslazionale). Il capitale richiesto per la ricerca in questo settore è ingente: i fondi disponibili sono infatti sufficienti per la ricerca di base e per la *proof of concept* in *trials* clinici piccoli con pochi pazienti, mentre il passaggio a sperimentazioni di scala più ampia, requisito essenziale per l'autorizzazione di tali trattamenti, è molto costoso e spesso richiede numerosi anni di sperimentazione. Mentre l'investimento di ingenti capitali è garantito da parte delle aziende farmaceutiche nel settore dei farmaci tradizionali, in questo tipo di sperimentazione le aziende tradizionali possono essere riluttanti a investire su mercati nuovi il cui ritorno economico è molto incerto.

Si aggiunga che i tessuti e le cellule destinati all'applicazione sull'uomo richiedono elevati standard di qualità e sicurezza. Questi comportano che per la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione sia i laboratori di produzione cellulare (*cell factories*) sia le banche cellulari abbiano a disposizione impianti e strumentazioni a elevata tecnologia. Tali strutture necessitano di disporre di rigorosi sistemi di gestione della qualità per soddisfare pienamente gli standard qualitativi stabiliti dalle Norme di Buona Fabbricazione.

La necessità di prevedere unità di gestione del rischio clinico nel nostro Paese trae spunto dalle indicazioni presenti nelle raccomandazioni della Commissione Nazionale sul *risk management* del 2003, che aveva suggerito tale soluzione organizzativa, collocandola nella cornice delle politiche di governo clinico. Successivamente, tale indicazione ha trovato coerenza nell'Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 sulla sicurezza delle cure, nella quale, tra l'altro, si prevedeva per tutte le strutture sanitarie la presenza di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico, responsabile di tutte le iniziative volte alla sicurezza dei pazienti e delle cure, inclusi il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza.

L'Intesa, nel definire il quadro di riferimento per il governo del rischio clinico, riconosceva quale struttura strategica l'unità di gestione del rischio clinico alla quale assegnare il ruolo di attuare le politiche aziendali in tema di sicurezza attraverso l'indicazione di obiettivi, metodi e strumenti contestualizzati alla specifica realtà aziendale e in armonia con le indicazioni regionali e nazionali.

Nel corso degli anni si è assistito a un progressivo incremento della presenza di unità operativa/funzione di gestione del rischio clinico: i dati disponibili mettono in evidenza un trend di crescita in tal senso. In particolare, nel 2003 era risultato che il 17% delle strutture sanitarie aveva istituito l'unità operativa/funzione di gestione del rischio clinico e nel 2005 tale percentuale risultava essere del 28%. Nel periodo compreso tra novembre 2008 e marzo 2009 è stato effettuato un ulteriore censimento delle attività per la gestione del rischio nelle

Regioni e nelle Aziende Sanitarie tramite un questionario: da questo è emerso un notevole incremento rispetto alle rilevazioni precedenti con il 97% delle strutture sanitarie che dichiarava la presenza di unità operativa/funzione di gestione del rischio clinico. Tuttavia, solo nel 67% dei casi era stato predisposto un piano aziendale per la sicurezza, con la presenza di una procedura aziendale, rispettivamente, per la gestione degli eventi sentinella nel 53% e per la comunicazione degli eventi avversi nel 28% dei casi.

Dall'analisi dei dati emerge quindi un incremento significativo rispetto alle iniziative per la sicurezza e che unità o funzioni aziendali dedicate alla gestione del rischio hanno subito un forte impulso anche in relazione all'emanazione dell'Intesa del 20 marzo 2008. Tuttavia, rimangono aperte alcune questioni riguardanti l'organizzazione, la pianificazione e la valutazione delle azioni intraprese e il monitoraggio.

Per migliorare i programmi di gestione del rischio clinico è necessario che la sicurezza divenga parte integrante della *mission* aziendale e che le azioni intraprese siano valutate sulla base di specifici indicatori e modificate e aggiornate sulla base dei risultati.

Ministero e Regioni devono condividere indirizzi volti a potenziare le capacità di analisi degli eventi avversi con lo specifico obiettivo di individuare le azioni utili a tutela della sicurezza dei pazienti nel sistema sanitario e favorirne l'adozione diffusa tra gli operatori.

Le proposte normative in tema di sicurezza delle cure, attualmente all'esame del parlamento, prevedono la presenza di unità di gestione del rischio clinico, con una forza di indicazione legislativa che potrà certa-

mente fare crescere la coerente strategia complessiva per il miglioramento delle politiche di sicurezza delle cure.

### **Bibliografia essenziale**

Decreto 11 dicembre 2009. Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sa-

nità. (10A00120) [G.U. Serie Generale n. 8 del 12 gennaio 2010]

Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - 20 marzo 2008 concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131

Nel corso degli ultimi anni la problematica dell'insufficiente grado di assistenza erogata a favore della popolazione residente nelle Isole minori è stata evidenziata in modo sempre più stringente, anche sulla base della normativa dei LEA, come sulla base delle proposte dei cittadini/pazienti/operatori: in tale contesto è necessario rilevare come nei territori isolani si siano verificati anche episodi di disfunzioni organizzative che hanno colpito l'opinione pubblica.

Le Istituzioni hanno partecipato in maniera attiva alle numerose iniziative (convegni, corsi, attività di progettualità di ricerca), anche se è emerso in maniera chiara che le varie iniziative in corso non erano tra loro integrate, anche per la mancanza di un effettivo sistema di coordinamento, in un quadro di interventi che potesse consentire il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della qualità delle cure erogate. Risulta evidente che la dispersione delle risorse non rappresenta la strategia corretta per intervenire con efficacia allo scopo di assicurare livelli di assistenza ai cittadini delle Isole minori e, pertanto, è necessario definire le aree di priorità che siano oggetto di azioni e proposte specifiche e operative.

Una delle cause principali dei disagi in materia di sanità nelle Isole minori è nella visione ospedalecentrica della gestione della salute, che ha guidato le scelte di politica sanitaria fino a tempi recentissimi, sia in Italia sia altrove. Infatti, mentre ovunque la sanità e tutto il suo "indotto" si sviluppavano in maniera consequenziale e direttamente proporzionale allo sviluppo delle strutture ospedaliere, le difficoltà logistiche e la scarsa convenienza a investire nella costruzione di ospedali in piccole e poco popolate Isole di fatto bloccavano, in maniera involontariamente appropriata, gli in-

terventi in ambito ospedaliero, con l'aggiunta che i servizi territoriali erano ben lungi dall'essere visti come risorsa autonoma dai servizi ospedalieri.

I provvedimenti legislativi nazionali e regionali contengono strumenti forti per la valorizzazione dell'offerta di servizi sul territorio, che devono svilupparsi in maniera autonoma, ancorché integrata, dalle attività ospedaliere. Questo cambiamento storico presenta delle criticità nella sua implementazione in ambito nazionale e, nelle realtà insulari dove i servizi territoriali sono pochi o male organizzati e talvolta in difficoltà a dare risposte anche alle emergenze, il fenomeno determina un maggiore grado di difformità della rete di offerta e di conseguenza una disuguaglianza di accesso ai servizi sanitari.

Inoltre, un elemento critico è rappresentato dall'afflusso turistico stagionale, che determina per alcuni periodi dell'anno un sensibile incremento della popolazione incidente nei territori insulari. È quindi chiaro che, qui come altrove, lo sviluppo globale sanitario debba passare attraverso l'implementazione e lo sviluppo di adeguati servizi territoriali. La codificazione dei LEA, con i "distinguo" successivamente inseriti per le Isole minori, offre la possibilità di creare dei modelli di organizzazione sanitaria locale insulare costruiti sull'individuazione di esigenze specifiche abbastanza omogenee e tenendo come prioritaria la risposta ai bisogni dell'emergenza-urgenza.

Per fare questo deve essere attuata in via preliminare un'attenta analisi delle singole realtà locali che deve tenere conto del numero degli abitanti, delle caratteristiche geografiche, della presenza o meno di presidi ospedalieri e della loro consistenza, delle realtà attuali e della possibilità di sviluppo



dei collegamenti interni ed esterni e della distanza da un pronto soccorso, delle opportunità fornite oggi dai collegamenti telematici per la sanità, delle possibilità di creazione e sviluppo del volontariato locale, della possibilità di costruzione di piccoli presidi sanitari territoriali polivalenti. Deve essere inoltre favorito, e consolidato se presente, lo sviluppo del volontariato organizzato, per l'ottimizzazione dei trasporti e dell'assistenza relativa all'emergenza e il sostegno di tutte le attività territoriali integrate.

La costruzione di sistemi integrati di servizi a sostegno dei LEA in queste realtà presuppone l'attuazione di interventi, diversificati su vari fronti, tra i quali:

- interventi di tipo istituzionale con la costruzione di piani sanitari specifici per le caratteristiche delle problematiche insulari, a integrazione dei Piani Sanitari, Nazionale e Regionali, anche con risorse finalizzate dedicate alla risposta dei bisogni di salute;
- interventi di tipo strutturale adeguati ai vari livelli di complessità di servizi;
- interventi di tipo tecnico, con l'implemen-

tazione di servizi innovativi che si avvalgano della telemedicina sia per la diagnostica sia per la trasmissione di dati e la conseguente diagnosi precoce e monitoraggio;

- interventi di tipo infrastrutturale, con potenziamento e miglioramento dei sistemi di trasporto sia a terra, sia marittimi che aerei, e costruzione di piste di atterraggio per elicottero;
- interventi di tipo sociale, favorenti la nascita e lo sviluppo del volontariato organizzato in ogni realtà insulare;
- interventi di tipo contrattuale e previdenziale che implementino un meccanismo articolato di incentivi sulle professionalità operanti sulle Isole minori, atti a favorirne l'accesso e la permanenza in loco.

In questa direzione va quindi il percorso iniziato di destinazione di una quota vincolata dei fondi previsti per l'attuazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, al fine di assicurare anche ai cittadini delle Isole minori un sistema sanitario più equo ed efficiente.