

## Assistenza territoriale

Il capitolo seguente esplora diversi momenti, ambiti e strumenti dell'assistenza territoriale, sia attraverso elaborazioni di dati di fonte istituzionale, sia attraverso ricerche effettuate *ad hoc* o su campioni delle regioni italiane. Tali analisi, arricchite dai riferimenti su altre modalità organizzative a livello internazionale, indagano alcune dimensioni della qualità dell'assistenza territoriale.

Il "rimodellamento" e il potenziamento dell'assistenza territoriale, attraverso sistemi integrati di reti interistituzionali (integrazione sociosanitaria) ed orizzontali (ospedale-territorio) sono priorità del sistema sanitario italiano, dai primi documenti di programmazione nazionale fino al vigente Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

A tali priorità si lega strategicamente il successo dell'"energico" processo di innovazione della nostra sanità, motivato dal forte aumento dei costi, dall'accentrarsi in ospedale di un notevole volume di prestazioni improprie, dall'aumento delle liste di attesa e dal non corretto utilizzo delle risorse umane e tecniche del sistema (Ministero della Salute, 2004).

Allo stesso tempo, il potenziamento dell'assistenza territoriale deve conciliarsi con la necessità di mantenere un coerente equilibrio tra istanze di equità e garanzia di tutela della salute rappresentate dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), da una parte, e l'autonomia organizzativa e la responsabilità economica delle regioni in materia sanitaria, dall'altra. Ferma restando la prerogativa centrale di indirizzo e garanzia del diritto alla salute, i nodi decisionali per il rimodellamento delle cure primarie e lo sviluppo delle reti territoriali sono individuati, rispettivamente, nella regione per le competenze di organizzazione, finanziamento ed allocazione delle risorse, nella ASL per la gestione, e nel Distretto per la rilevazione dei bisogni e il governo della domanda di salute.

Inoltre, calibrare il baricentro del sistema sanitario sull'assistenza territoriale può contribuire a modellare finalmente il welfare sul cittadino/utente, spostando la prospettiva dell'intervento socio-assistenziale dalla patologia alla persona. Si pensi, ad esempio, all'attivazione dei percorsi di accesso del cittadino ai servizi garantiti dai LEA. Anche quest'anno, le esperienze di Osservasalute testimoniano come le politiche sanitarie adottate a livello regionale e le scelte locali dei modelli organizzativi possano avere un impatto diverso sui risultati dell'assistenza sanitaria, con tre rilevanti "lezioni":

1) le analisi riferite agli U.S.A. e al Regno Unito dimostrano come siano già disponibili tecniche e strumenti validati per misurare la qualità dell'assistenza primaria, sia per evidenziare aree di inappropriatazza e di inefficienza, che in fase di monitoraggio continuo dei processi. Tuttavia, la loro applicazione in Italia richiede sistemi informativi socio-sanitari consolidati e sensibili nel rilevare i fenomeni e determinare politiche basate sulla forza dell'evidenza. Altrimenti si corre il rischio di ingenerare false attese nei "buoni indicatori", conflitti tra livelli assistenziali e, soprattutto, decisioni erranee;

2) per tradurre in pratica il momento ospedaliero come extra-territoriale (non l'ambito territoriale come residuale a quello ospedaliero) occorre determinare consapevolezza e responsabilità, e non solo spostare risorse e servizi. Consapevolezza e responsabilità dei cittadini - per migliorare la fiducia e il gradimento verso l'assistenza territoriale - dei decisori e degli operatori, a partire dai medici di medicina generale. A tal proposito, le evidenze proposte confortano sullo sviluppo graduale di innovazioni organizzative, sia delle cure primarie che di quelle intermedie;

3) La titolarità del Distretto nell'assistenza primaria è sempre più evidente.

Secondo alcuni, il nostro sistema sanitario paga l'aver erroneamente interpretato la Legge 833/78 come momento di istituzionalizzazione dell'ospedale, fulcro dell'assistenza, a scapito dell'assistenza territoriale (Ministero della Salute, 2004). Il superamento di questo limite richiederà tempo ed impegno: anche per questo, i gradienti nella qualità dell'assistenza territoriale tra le regioni sono da interpretare non tanto come segno di disuguaglianze in atto, ma come sfida per il miglioramento.

### Riferimenti bibliografici

Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 recante "Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2006 -2008". Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 131, dell'8 giugno 2006.

Ministero della Salute. Ricognizione ed Analisi di Modelli organizzativi per l'erogazione di Cure Primarie. Roma: Ministero della Salute, 2004.

<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=258&area=ministero&colore=2> (ultimo accesso 24 luglio 2006).

### *E-prescribing* come fonte di dati per lo studio della qualità dell'assistenza territoriale

Prof.ssa Angela Testi, Dott.ssa Gilda Salatino, Dott. Alessandro Ridolfi

La qualità dell'assistenza territoriale dipende in larghissima misura dalla qualità delle prescrizioni del medico di medicina generale. I contatti che i medici hanno con i propri pazienti sfociano nella maggioranza dei casi in prescrizioni di farmaci. Questo aspetto dell'assistenza territoriale risulta, tuttavia, relativamente poco analizzato: esistono, infatti, dati sugli aspetti quantitativi e di spesa del consumo di farmaci, ma mancano indagini sistematiche sulla qualità delle prescrizioni, ossia sulla loro adeguatezza rispetto alle caratteristiche del paziente. Una ricerca dell'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali (ASSR), finanziata dal Ministero della Salute, con il contributo del Centro Nazionale delle Ricerche (CNR) e di un gruppo di medici di otto regioni dimostra come sia possibile colmare questo vuoto informativo. Senza nessun costo aggiuntivo e continuando a utilizzare il proprio software, il medico, con piena garanzia della *privacy*, invia i dati ad un *server* centrale, che elabora profili prescrittivi omogenei per età, genere e patologia, utilizzabili per la valutazione della qualità. Sono state così raccolte circa duecentomila prescrizioni dalle quali è stato possibile ricavare dati inediti per l'Italia. La composizione campionaria dei farmaci prescritti risulta in linea con le fonti ufficiali (Osservatorio sull'impiego dei medicinali - Osmed): farmaci cardiovascolari (37,3%) e antidiabetici (15,8%) rappresentano oltre il 50% delle confezioni prescritte, seguite dai farmaci neurologici (9,2%) e dagli antibiotici (9,1%). Le caratteristiche dei pazienti compresi nel database rendono evidente la complessità della casistica che il medico di medicina generale si trova ad affrontare: soltanto 1/3 dei pazienti presenta una sola patologia, mentre il 44% ha da due a cinque patologie.

Il database raccolto ha permesso, per la prima volta, di misurare la qualità delle prescrizioni effettuate, ossia se e in che misura gli assistiti che presentano una certa patologia ricevono prescrizioni farmaceutiche in linea con il loro bisogno, definito anche dall'età, dal genere e dalla presenza di eventuali comorbidità. Il primo dato che si può ricavare è la percentuale di prescrizioni concordanti con le corrispondenti classi ATC (Anatomical Therapeutic Classification), che classificano i farmaci a seconda dell'organo o del sistema sul quale agiscono e in base alle loro proprietà chimiche e terapeutiche. Gli indicatori, così calcolati, risultano mediamente pari al 91% per il diabete mellito e all'87% per l'ipertensione arteriosa, rispetto a un *benchmark* del 100%.

Il valore peggiore (81%) si riferisce allo scompenso cardiaco, significando che una prescrizione su cinque non concorda con la diagnosi dichiarata.

Questi indicatori sono solo il primo passo della valutazione: ad esempio nel gruppo dei pazienti con ipertensione arteriosa (ICD-9 401), non è sufficiente limitarsi a calcolare le percentuali di concordanza delle prescrizioni con le quattro classi ATC suggerite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (C09-farmaci sistema renina-angiotensina; C08-calcioantagonisti; C03-diuretici; C07-betabloccanti). È necessario anche 1) confrontare le prescrizioni relative di ciascuna di queste quattro classi, 2) disaggregare ulteriormente la classe C09 che, da sola, raccoglie più del 50% delle prescrizioni, 3) valutare le prescrizioni delle quattro classi con quelle del gruppo B01 (farmaci antitrombotici) che andrebbero associati in pazienti a rischio.

Nel primo caso, risulta un utilizzo relativo troppo basso dei diuretici (10%), farmaci di prezzo contenuto, efficaci, secondo la letteratura, non solo come antipertensivi, ma anche per ridurre la mortalità. Considerazioni analoghe valgono per i betabloccanti (classe C08), poco dispendiosi a parità di efficacia.

Nel secondo caso, analizzando in dettaglio le sottoclassi della categoria C09 appare un utilizzo eccessivo (circa 35%) dei sartani (C09CA e C09DA) che secondo le note dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dovrebbero essere prescritti solo in caso di intolleranza agli ACE inibitori- inibitori dell'enzima convertente l'angiotensina- (C09AA e C09BA), di costo minore, appartenenti alla stessa classe.

Nel terzo caso, infine, appaiono troppo basse (5-6%) rispetto alle quattro classi, le prescrizioni di farmaci antiaggreganti (B01) indicati negli ipertesi a rischio, per i quali si deve associare un trattamento antitrombotico.

Il database raccolto permette, inoltre, di misurare la qualità prescrittiva indicando che nella pratica corrente corrispondono alla prescrizione di certi farmaci. Questo ha permesso, per esempio, di registrare un uso relativamente inappropriato delle statine: sotto trattamento per pazienti a rischio e sovra trattamento per pazienti che addirittura non dovrebbero essere trattati. Questo riscontro non verrebbe colto a livello aggregato perché i due opposti comportamenti si compenserebbero tra loro.

Ulteriori considerazioni, infine, sono possibili confrontando la qualità delle prescrizioni per classe di età e genere. In maniera piuttosto sorprendente risulta che le donne sono sotto-trattate rispetto agli uomini (tabella 1). Come esempio rilevante nel caso di cardiopatia ischemica soltanto il 37% delle donne nella classe di età 65-74 riceve un trattamento antitrombotico (classe B01) a fronte del 60% degli uomini, con un *benchmark* del 100%. Evidenza analoga si riscontra per l'uso delle statine.

Tabella 1- *Percentuale di pazienti con diagnosi di cardiopatia ischemica per tipo di farmaco prescritto e classe di età – Il semestre 2005*

| Classi di età | Prescrizione di farmaci antitrombotici |           | Prescrizione di farmaci antilipidici |           |
|---------------|--|-----------|--------------------------------------|-----------|
|               | Maschi %                               | Femmine % | Maschi %                             | Femmine % |
| 45-64         | 65                                     | 68        | 49                                   | 29        |
| 65-74         | 60                                     | 37        | 33                                   | 20        |
| 75+           | 54                                     | 45        | 29                                   | 16        |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Database, Indagine ASSR, CNR, Ministero della salute” e-prescribing come fonte di dati per lo studio della qualità dell’assistenza territoriale”. Anno 2006.

## Uno strumento di monitoraggio e spesa farmaceutica dell'assistenza territoriale: il sistema ARNO

Dott. Claudio Voci, Dott.ssa Elda Rossi, Ing. Paolo Busca, Dott.ssa Marisa De Rosa

Il governo clinico, nell'ambito di politiche sanitarie definite, necessita di tecniche e strumenti per misurare la qualità assistenziale sia per il monitoraggio dell'attività che per individuare gli interventi inappropriati a tutela della salute del cittadino e per il contenimento della spesa.

Utilizzando le informazioni raccolte dalle Aziende Sanitarie per la gestione delle attività amministrative è possibile sviluppare strumenti orientati all'attività clinica e al supporto del governo clinico attraverso la valorizzazione e l'integrazione delle risorse che operano quotidianamente nelle strutture sanitarie e sulla messa in comune costruttiva delle informazioni, con particolare attenzione ai criteri per il miglioramento continuo della qualità, per l'aggiornamento e la formazione delle persone coinvolte nel percorso di assistenza del paziente.

Il sistema ARNO, dal 1986 raccoglie dati relativi alle prestazioni sanitarie di 29 ASL (Veneto, Toscana, Liguria, Marche, Lazio, Abruzzo e Campania) con un bacino d'utenza che raggiunge nell'insieme circa 10 milioni di abitanti e coinvolge 8.500 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Le informazioni oggetto di interesse sono quelle relative agli archivi amministrativi che riguardano le prestazioni a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Il sistema sviluppato dal CINECA raccoglie le principali prescrizioni sanitarie (farmaceutica territoriale e ospedaliera, schede di dimissione ospedaliera, specialistica-diagnostica) integrandole attraverso le coordinate dell'assistito, del medico prescrittore e della specialità della prestazione.

Gli utenti accedono al servizio tramite web il cui accesso è regolamentato da specifica tecnologia, sviluppata dal CINECA, a tutela della privacy. Lo specifico software installato localmente, IANUSGATE, autorizza la stazione locale ad accedere ai servizi del server (elaborazione, trasferimento dati etc.) tramite crittografia delle informazioni.

Indicatori ed interventi specifici, identificati dalle Direzioni Generali e gruppi di lavoro, possono essere analizzati dal livello ASL a quello di dettaglio con visione sulla singola prestazione.

È necessario, prima di produrre analisi di tipo economico ed epidemiologico, adottare una buona metodologia per il controllo della qualità dei dati a garanzia dei risultati ottenuti.

Principalmente, gli indicatori di controllo della qualità verificano la corretta attribuzione della spesa al medico prescrittore, tramite associazioni con l'anagrafe sanitaria: scelta in carico del paziente e generalità del paziente (sesso, età, residenza). La correttezza dell'età e del sesso permettono l'applicazione di modelli di "pesatura" della spesa per ridurre l'effetto della struttura demografica delle scelte in carico.

Il controllo della qualità si ottiene definendo un data base della qualità (quality data base) orientato alle variabili di analisi presenti nel sistema che viene aggiornato all'arrivo di ogni flusso dati storicizzando le misure di qualità dell'informazione.

Agli indicatori generati dal sistema sono correlate misure di qualità che permettono di valutare l'attendibilità del dato.

L'unicità del sistema consiste nel rendere disponibile, alle ASL convenzionate con il servizio, un Data Warehouse clinico con dati raccolti per uso amministrativo per ogni singolo paziente, integrati con dati anagrafici sia dei pazienti che dei medici e con altri flussi informativi (dati socio economici, demografici, informazioni territoriali), con la possibilità di esplorare in dettaglio gli interventi sul singolo assistito e di elaborare progetti di Disease Management e Benchmarking tramite il quale ogni singola ASL può confrontarsi con le altre. In particolare, questo permette di allargare e condividere il proprio patrimonio informativo. Il confronto viene effettuato con 29 ASL dislocate in differenti regioni di Italia. Questo permette di allargare il proprio patrimonio informativo altrimenti confinato al solo ruolo amministrativo.

Gli indicatori proposti (tabella 1 e tabella 2) raccolgono analisi specifiche descrittive della popolazione residente (es. distribuzione demografica) e di quella che ha ricevuto la prestazione sanitaria (trattati) sia con una visione epidemiologica che economica (es. prevalenza, spesa media per trattato).

Il confronto può essere svolto con gli indicatori grezzi oppure con indicatori pesati considerando la distribuzione per età e sesso compensando l'effetto della struttura demografica e, quindi, delle differenti necessità della popolazione.

Gli indicatori raccolti in report considerano le differenti necessità informative: direzionale, dipartimentale, nucleo di cure primarie, gruppo di prescrittori, medico etc.

Per ogni singolo livello di accesso sono proposti livelli di analisi e modalità di confronto conformate sulla necessità dell'interlocutore.

L'architettura di ARNO si completa con l'organizzazione dei profili di cura e registri per patologia rientrando in un quadro più ampio della realtà della sanità italiana: il modello del disease management. Questo modello permette la promozione del rapporto medico-paziente insieme alla qualità dell'assistenza, focalizzandosi sulla prevenzione della malattia e sulla appropriatezza dei consumi sanitari.

Un tipico esempio è quello dei report per i medici di medicina generale ai quali vengono offerte analisi specifiche sulla propria prescrizione e sui propri pazienti, mentre alla direzione viene sintetizzato il profilo prescrittivo dei medici prescrittori senza precludere l'accesso alla singola prescrizione, al quale si affiancano i report di profili per specifiche patologie.

Il sistema ARNO si avvale delle informazioni disponibili nelle Aziende Sanitarie per offrire un più ampio punto di osservazione, anche tramite l'integrazione dei trattati, sulle necessità sanitarie della popolazione sia per le patologie croniche che per quelle acute per ottenere, tramite il confronto con altre realtà, performance migliori anche attraverso la riallocazione delle risorse.

Un possibile esempio è quanto reso disponibile dal rapporto sul profilo prescrittivo della popolazione degli anziani che descrivere la popolazione degli anziani e propone un piano sanitario di intervento, ovviamente, tramite le Direzioni Generali.

**Tabella 1 - Distribuzione % pazienti anziani in trattamento con farmaci cardiovascolari(CV), cronici e occasionali – Anno 2001**

| Età           | Trattati con almeno un CV |             |             | Trattati cronici |             |             | Trattati occasionali |             |             |
|---------------|---------------------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|----------------------|-------------|-------------|
|               | %<br>Femmine              | %<br>Maschi | %<br>Totale | %<br>Femmine     | %<br>Maschi | %<br>Totale | %<br>Femmine         | %<br>Maschi | %<br>Totale |
| 65-69         | 61,8                      | 57,3        | 59,7        | 55,6             | 52,4        | 54,1        | 6,2                  | 4,9         | 5,6         |
| 70-74         | 69,3                      | 65,1        | 67,5        | 63,4             | 60,2        | 62,0        | 5,8                  | 5,0         | 5,5         |
| 75-79         | 74,7                      | 70,6        | 73,0        | 69,0             | 65,3        | 67,6        | 5,6                  | 5,2         | 5,5         |
| 80-84         | 71,2                      | 67,5        | 69,9        | 66,0             | 62,1        | 64,6        | 5,2                  | 5,4         | 5,3         |
| >=85          | 74,2                      | 70,4        | 73,1        | 67,8             | 63,4        | 66,5        | 6,4                  | 7,1         | 6,6         |
| <b>Totale</b> | <b>69,7</b>               | <b>64,7</b> | <b>67,7</b> | <b>63,8</b>      | <b>59,4</b> | <b>62,1</b> | <b>5,9</b>           | <b>5,2</b>  | <b>5,6</b>  |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Progetto ARNO-Rapporto sul profilo prescrittivo della popolazione anziana. Vol. VI. Rapporto 2001. Dicembre 2002.

**Tabella 2 - Complessità cardiovascolare – Anno 2001**

| Gruppo       | N. trattati | % sulla pop.<br>anziana | % su popolazione anziana |        |               | Spesa media<br>per trattato | N. medio pezzi<br>per trattato |
|--------------|-------------|-------------------------|--------------------------|--------|---------------|-----------------------------|--------------------------------|
|              |             |                         | Femmine                  | Maschi | % sui cronici |                             |                                |
| Ipertensione | 563.821     | 50,0                    | 51,7                     | 47,9   | 81            | 269,3                       | 19,9                           |
| Scopenso     | 127.060     | 11,0                    | 11,2                     | 11,5   | 18            | 188,7                       | 24,5                           |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Progetto ARNO-Rapporto sul profilo prescrittivo della popolazione anziana. Vol. VI. Rapporto 2001. Dicembre 2002.

## **Il modello dell'assistenza domiciliare integrata**

Dott. Stefano Tardivo, Dott. Emanuele Torri, Dott.ssa Tamara Zerman, Dott. William Mantovani, Prof. Albino Poli, Prof. Gabriele Romano

### **Contesto**

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione sono cambiati. Tale fenomeno, parallelamente alle esigenze di una maggiore qualità e continuità nell'assistenza erogata, ha favorito un progressivo rafforzamento nel territorio di professionalità, strutture e reti assistenziali identificabili al suo interno.

La capacità di fronteggiare l'impatto dei fenomeni connessi alla transizione demografica con l'aumento della popolazione ultrasessantacinquenne, l'incremento della domanda di salute e la volontà di assicurare livelli di qualità sempre maggiori dei servizi erogati rappresentano i fenomeni più esplosivi che stanno investendo in maniera rilevante le politiche socio-sanitarie.

Il territorio quindi non è più soltanto il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettiva (ambienti di vita e di lavoro) e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche e soprattutto la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso di tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

La presa in carico assicurata con le cure domiciliari risulta far parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (D.P.C.M. del 29 novembre 2001) previsti dal Sistema Sanitario Nazionale all'interno dell'"Assistenza distrettuale". L'attivazione di cure domiciliari è, inoltre, prevista dalla convenzione dei medici di medicina generale e trova spazio negli accordi collettivi nazionali di pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali. Tra i servizi di assistenza territoriale le Aziende Sanitarie Locali devono assicurare pertanto, laddove ritenuta efficace ed appropriata, anche l'erogazione di tale modalità assistenziale con le risorse a disposizione del servizio sanitario nazionale (fanno eccezione alcune particolari prestazioni che possono essere parzialmente o totalmente a carico del cittadino).

L'attivazione dei moduli assistenziali presso il domicilio del paziente è destinata a soggetti non deambulanti (parzialmente o totalmente non autosufficienti) che ricevono le cure necessarie per soddisfare il bisogno assistenziale insorto, rimanendo inseriti nel proprio contesto familiare, relazionale e sociale. L'obiettivo dell'assistenza domiciliare è di migliorare la qualità della vita, umanizzando il rapporto con l'assistito e assicurando continuità tra azioni di cura e riabilitazione nella stabilizzazione della situazione patologica in atto. In tale scenario, l'assistenza integrata è parte sostanziale degli interventi orientati a diverse categorie di soggetti, in particolare agli anziani, atti a contrastare prevenendo, rallentando e ritardando l'instaurarsi di condizioni di disabilità e non autosufficienza.

### **Metodi**

In Italia, l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere, è ricca e variegata. La maggiore diffusione ha caratterizzato le realtà a sviluppo incentrato sul territorio contraddistinte da forme di integrazione con i presidi ospedalieri fondate sulla condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse a disposizione.

Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica domiciliare e riabilitativa domiciliare (che possono essere parte del pacchetto di prestazioni previsto per l'assistenza domiciliare integrata, ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita dai medici di medicina generale (ed eventualmente anche da specialisti) agli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto. Oltre a specifiche prestazioni di assistenza domiciliare erogabili direttamente dal medico di medicina generale o dal distretto, ne fanno parte anche le forme di ospedalizzazione domiciliare.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) rappresenta la forma più complessa e diffusa di assistenza domiciliare. Fa riferimento ad un insieme di attività mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali collegate tramite un approccio multidisciplinare, più o meno integrate e coordinate fra loro, da un punto di vista clinico organizzativo e gestionale secondo un caratteristico piano assistenziale individualizzato.

Il piano individualizzato di assistenza, infatti, può prevedere assistenza sanitaria o sociale oppure socio-sanitaria. La gestione complessiva del bisogno inquadrata a partire dagli obiettivi specifici socio-sanitari individuati si basa sul coinvolgimento e sulla responsabilizzazione di diverse professionalità. A seconda della tipologia di

soggetto assistito, dell'intervento richiesto e dell'assetto organizzativo esistente, le professionalità coinvolte (direttamente o indirettamente) generalmente sono: medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico igienista distrettuale, medico specialista ambulatoriale territoriale o ospedaliero, fisioterapista, infermiere, assistente sociale, operatore socio-sanitario, educatore, assistente di base o psicologo.

Le ipotesi di attivazione dell'intervento, sulla base di precisi criteri di accesso, sono numerose ed includono: anziani non autosufficienti, disabili, pazienti affetti da gravi malattie croniche progressivamente invalidanti, riabilitazione di vasculopatici, neurolesi o ortopedici, pazienti con problematiche psico-sociali, soggetti con gravi dipendenze, dimissioni protette da strutture ospedaliere o malati terminali.

L'attuazione del progetto di assistenza individualizzato da parte dei professionisti e delle competenze richieste presuppone: condivisione delle risorse a disposizione, flessibilità, relazioni stabili, comunicazione e periodico riesame dell'intero processo di erogazione dell'assistenza e degli esiti della sua attuazione.

Il livello gestionale ed operativo dell'ADI è distrettuale. Al distretto competono: la definizione dell'assetto organizzativo locale, l'impostazione della valutazione preliminare dei casi da trattare, l'individuazione e attivazione degli strumenti organizzativi di integrazione delle varie professionalità, la responsabilizzazione del referente familiare (*care giver*), la costruzione del piano assistenziale personalizzato, l'attuazione delle procedure tecnico-amministrative di supporto, la predisposizione e la conservazione della documentazione clinico-assistenziale, la modalità di erogazione di farmaci ed altri presidi sanitari e il sistema di valutazione su elementi specifici o sull'intero servizio.

È compito delle regioni disciplinare le modalità ed i criteri di definizione dei progetti di assistenza previsti per le diverse condizioni che richiedono forme di assistenza socio-sanitaria.

Le scelte regionali, analogamente a quanto avviene per altre forme di assistenza sviluppatesi successivamente all'aziendalizzazione e regionalizzazione dei servizi sanitari, hanno generato uno spettro piuttosto ampio di modelli gestionali. In alcune regioni il servizio viene prevalentemente delegato all'esterno dei distretti, mantenendo questi ultimi un ruolo di committenza e di controllo dei trattamenti effettuati, a società di servizi esterne (Lombardia). In altre regioni (Veneto, Emilia-Romagna e Toscana) le strutture distrettuali all'interno delle Aziende Sanitarie Locali erogano direttamente ed interamente le prestazioni.

Nelle Aziende Sanitarie Locali, seppure con competenze, connotati, profili organizzativo-gestionali e denominazioni differenti, esistono servizi deputati alla gestione della presa in carico domiciliare. L'offerta distrettuale prevede una Segreteria Organizzativa dei servizi e degli interventi domiciliari di riferimento per i pazienti, i familiari, i medici e gli altri operatori. A tale struttura compete l'attivazione del Nucleo Operativo per le cure domiciliari.

La richiesta di attivazione dell'intervento in ADI può provenire dal medico (nella maggior parte dei casi di medicina generale) che ha in carico il paziente oppure anche dal responsabile dei servizi socio-assistenziali comunali. La valutazione dei bisogni è probabilmente la fase più complessa e strategica dell'ADI. Assume il carattere di filtro della domanda impropria in quanto capace di coniugare nella multidimensionalità di analisi e risposta al bisogno (assistenza continuativa integrata) appropriatezza clinica ed organizzativa.

La valutazione iniziale spetta ad un'equipe di professionisti con competenze multidisciplinari, nota come Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM o istituita con denominazioni analoghe, come UVD, Unità di Valutazione Distrettuale) tramite un'apposita scheda che si avvale di scale e modelli di riferimento riconosciuti e standardizzati, ma che varia per denominazione e per item indagati nelle diverse regioni italiane. L'UVM procede all'accertamento del grado di non autosufficienza della persona interessata, alla definizione del profilo funzionale e all'individuazione delle migliori opzioni di trattamento del paziente da inserire nel piano assistenziale. Successivamente avrà il compito di verificare l'andamento e rivedere il caso. Dell'equipe fanno parte: il medico responsabile delle cure domiciliari (che coordina ed ha responsabilità per il funzionamento dell'UVM), il medico curante dell'assistito (responsabile clinico del paziente), l'infermiere (responsabile delle cure infermieristiche) e l'assistente sociale (referente del caso dei servizi sociali e responsabile per l'ambito territoriale interessato). Altre figure possono di volta in volta, anche in relazione alle caratteristiche organizzative locali, integrare tali professionalità.

Le schede (o strumenti simili), consentono l'analisi di tutti gli aspetti della vita dell'anziano preso in carico (salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica). Le sezioni (organizzate con alcune differenze a seconda delle regioni) sono costituite rispettivamente da: cartella SVAMA, valutazione sanitaria, valutazione cognitiva e funzionale e valutazione sociale (Veneto).

Al *case manager* (solitamente infermiere professionale, ma può anche essere ad esempio il medico di medicina generale) compete la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi previsti dal piano assistenziale personalizzato. Il *case manager* tutela l'assistito e diventa il primo riferimento "organizzativo" per la famiglia e gli operatori dell'equipe assistenziale.

Dalla valutazione iniziale della complessità del caso e dalle successive valutazioni scaturiscono la tipologia e la temporizzazione delle prestazioni erogate nel programma di assistenza.

Le prestazioni possono essere raggruppate in specifici pacchetti, previsti dalle disposizioni regionali, con livelli di intensità assistenziale per forme di assistenza domiciliare infermieristica, assistenza riabilitativa, medico-generica, pediatrica di base e medico-specialistica.

La massima efficacia dell'ADI necessita del giusto dimensionamento di tutte le diverse strutture, funzioni e relazioni che configurano la rete dei servizi territoriali (istituti di riabilitazione, residenze sanitarie, hospice, centri diurni, strutture di riabilitazione, residenze socio-assistenziali, strutture semi-residenziali, ospedali di comunità, ecc). Inoltre, vanno sostenuti al meglio la rete di assistenza informale, i rapporti con le associazioni di volontariato presenti sul territorio e forme pragmatiche di monitoraggio.

### **Risultati e discussione**

All'interno del sistema informativo sia distrettuale che sovradistrettuale, il monitoraggio è funzionale ad analizzare la domanda, valutare l'appropriatezza dei trattamenti in relazione al livello di assistenza erogabile e definire in maniera dettagliata la mappa dei processi coinvolti. Fattori di qualità e standard di riferimento per l'ADI sono: livello di integrazione e interdisciplinarietà della risposta assistenziale, tempestività, continuità e disponibilità di presidi, ausili o farmaci.

La definizione di un set di indicatori (essenziale, semplice e condiviso) per il monitoraggio, è utile alla programmazione e al riesame dei processi. Indicatori possono essere definiti a partire dalla modulistica utilizzata (scheda di segnalazione o scheda per ausili o registro), dalla stessa cartella ADI del paziente o da altre fonti informative territoriali solitamente istituite o accessibili in sede distrettuale.

Un indicatore in grado di descrivere, seppur grossolanamente, il ricorso all'ADI nei servizi sanitari è certamente rappresentato dal numero di casi trattati in ADI per 1.000, 10.000 o 100.000 abitanti. A tale proposito, in Italia, il confronto dei dati relativi all'intervallo temporale 1998-2004 per il quale sono disponibili dati di confronto nazionale mostra un costante aumento dei casi trattati in ADI. In termini assoluti si è passati dai 204.545 dell'anno 1998 pari a 355 ogni 100.000 abitanti, ai 373.414 dell'anno 2004 corrispondenti a 645 casi ogni 100.000 abitanti. L'incremento è stato del 81,7%. La media di 645 casi ogni 100.000 abitanti trattati nel 2004, peraltro, si differenzia tra le macroregioni italiane, essendo nel Nord Italia pari a 798, nel Centro 1007 e nel Sud 415, mentre nelle Isole scende a 169 casi. L'andamento dei casi trattati in ADI per 100.000 abitanti a livello regionale è molto variabile andando dai 45 casi della Valle d'Aosta ai 2.167 del Molise (tabella 1) (1).

Mediamente, nel 2004, a ciascun paziente sono state dedicate circa 23 ore di assistenza erogata in gran parte da personale infermieristico.

Dal 1998 al 2003 si è evidenziato un trend in crescita fino alla stabilizzazione del numero di pazienti trattati in ADI per 100.000 emersa nel 2002 e 2003; nel 2004 si è invece assistito ad un incremento del 17% rispetto all'anno precedente.

Un altro indicatore diffusamente utilizzato per descrivere questa tipologia assistenziale è rappresentato dal numero annuale di accessi in ADI di pazienti con età maggiore a 65 anni. Secondo i dati del SIS (Sistema Informativo Sanitario), la percentuale di anziani trattati in ADI nel 2004 è stata pari al 28,2% (tabella 2) (1).

Nell'anno 2001 l'ADI ha interessato oltre 214.000 anziani, su un totale di circa 270.000 assistiti, mentre nel 2004 è stato esteso a 314.041 su un totale di 373.414 assistiti. I dati evidenziano, pur costituendo "grandi aggregazioni" che non consentono di valutare specificamente i casi trattati, che l'ADI è prevalentemente rivolta agli anziani (distinti dal resto degli utenti non autosufficienti) rappresentando il 79,2% nel 2001 e l'84,1% nel 2004. L'incidenza della componente degli anziani sul totale degli assistiti in ADI, pur con alcune differenze riconducibili probabilmente ad aspetti demografico-epidemiologici ed ai modelli di organizzazione dei servizi, è elevata in tutte le regioni italiane (2).

Sempre per gli ultrasessantacinquenni, su base annuale, può essere utile anche il calcolo del numero di assistiti ADI in abitazione e nelle strutture di residenza (istituti di riabilitazione, strutture residenziali, lungodegenze, ecc) oppure stimare la quota di soggetti anziani che beneficiano di determinate tipologie di prestazioni.

Altri indicatori proposti o adottati (da regioni, agenzie o erogatori di servizi) sono inerenti il rispetto dei criteri di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, il numero dei medici di medicina generale operativi in ADI sul totale di quelli presenti sul territorio o stime analoghe che riguardano anche altri operatori di assistenza territoriale. Vi sono poi gli indicatori relativi ai tempi d'attesa (differenza tra richiesta del servizio in ADI e sua attivazione), alla durata (media) dell'assistenza domiciliare in un determinato distretto, all'entità della formazione svolta per gli operatori (ore di formazione e modalità adottate) e di misurazione del livello di soddisfazione dei cittadini per i servizi socio-sanitari erogati in ADI.

Indicatori più specifici possono riguardare la tempestività della risposta assistenziale come, per esempio, la

capacità di effettuare la prima visita ospedaliera o domiciliare entro 3 giorni dalla segnalazione del soggetto, la conformità fra accessi programmati ed accessi effettuati (nell'attuazione del piano assistenziale), oppure la capacità di provvedere alle forniture (presidi, farmaci o altri ausili) per i soggetti che ne avrebbero bisogno.

Il bilancio di attuazione dell'ADI ha dimostrato un minor decadimento dello stato funzionale e psicologico dei pazienti, elevati livelli di soddisfazione da parte di utenti e familiari e una significativa riduzione di mortalità.

La territorializzazione sviluppata in una strategia gestionale fondata sui principi della sanità pubblica e del miglioramento continuo della qualità può presentare, di fatto, significativi vantaggi anche economici. Pur non essendo agevole definire l'entità dell'opportunità economica offerta, gli studi effettuati mettono in luce una buona sostenibilità dell'applicazione di forme di assistenza come l'ADI. I vantaggi sembrano originare specialmente dal calo del tasso di ospedalizzazione e da un incremento nell'appropriatezza di utilizzo dell'ospedale per acuti.

Le risorse finanziarie destinate all'area di assistenza distrettuale rilevate in Italia nell'anno 2002 sono risultate pari al 49,5% e per l'intera area dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare (assistenza domiciliare, assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale ai tossicodipendenti, ai disabili psichiatrici e attività dei consultori) pari al 4,13%. All'interno di tale livello di assistenza si colloca la spesa per l'assistenza domiciliare in ADI e ADP che rappresenta l'1,17% (0,97% a favore di anziani non autosufficienti e 0,27% destinato ad altri utenti). La percentuale di costo pro capite determinato dall'assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare è invece inferiore e pari allo 0,69%. Per tutto il settore dell'assistenza territoriale ambulatoriale in Italia si riscontra un elevato grado di variabilità dei dati. Pesa, infatti, il fattore disomogeneità delle fonti informative regionali. Per l'assistenza domiciliare, come anche per l'assistenza ambulatoriale, semi-residenziale e residenziale, è possibile che i valori di costo osservati riflettano una effettiva variabilità nel grado di copertura del bisogno assistenziale. Il costo medio pro capite dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare nel 2002 è risultato pari a 58,2 euro. ADI e ADP (compresi brevi cicli di fisioterapia o attività infermieristica) hanno determinato un costo di 16,52 euro (13,68 per l'assistenza a favore di anziani non autosufficienti), mentre l'assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare ha comportato un costo di 9,73 euro. La variabilità del costo di ADI e ADP tra le regioni è elevata con un costo massimo pro capite di 70,23 euro in Friuli-Venezia Giulia e un minimo di 2,46 euro in Basilicata. Per l'assistenza riabilitativa ambulatoriale la variazione è minore, ma comunque significativa. Il costo più elevato si registra in Liguria con 21 euro, mentre il più basso in Lombardia pari a 2,10 euro. Il costo pro capite dell'assistenza in ADI e ADP a favore di anziani non autosufficienti varia da 56,11 euro pro capite in Friuli-Venezia Giulia a 1,57 euro pro capite in Campania (3).

**Tabella 1 - Casi trattati in assistenza domiciliare integrata per regione – Anno 2004**

| Regioni               | Casi in ADI    | Casi per 100.000 abitanti |
|-----------------------|----------------|---------------------------|
| Piemonte              | 22.039         | 516                       |
| Valle d'Aosta         | 55             | 45                        |
| Lombardia             | 70.754         | 765                       |
| Bolzano- Bozen        | 227            | 48                        |
| Trento                | 1.073          | 219                       |
| Veneto                | 45.987         | 990                       |
| Friuli-Venezia Giulia | 25.896         | 2.161                     |
| Liguria               | 5.364          | 340                       |
| Emilia-Romagna        | 52.382         | 1.284                     |
| Toscana               | 25.825         | 724                       |
| Umbria                | 5.860          | 691                       |
| Marche                | 10.025         | 666                       |
| Lazio                 | 44.900         | 863                       |
| Abruzzo               | 11.930         | 928                       |
| Molise                | 6.971          | 2.167                     |
| Campania              | 11.741         | 204                       |
| Puglia                | 10.476         | 259                       |
| Basilicata            | 5.727          | 959                       |
| Calabria              | 4.821          | 240                       |
| Sicilia               | 8.630          | 172                       |
| Sardegna              | 2.731          | 166                       |
| <b>Italia</b>         | <b>373.414</b> | <b>645</b>                |

Nota: Percentuale di rilevazione 100,00 % sul totale delle USL che hanno dichiarato di avere il servizio attivo.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario. Anno 2006.

Casi trattati in ADI per 100.000 abitanti per regione. Anno 2004

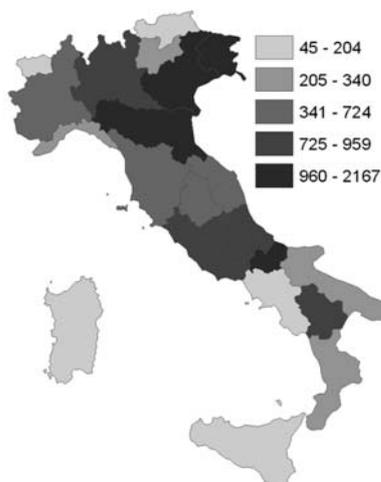


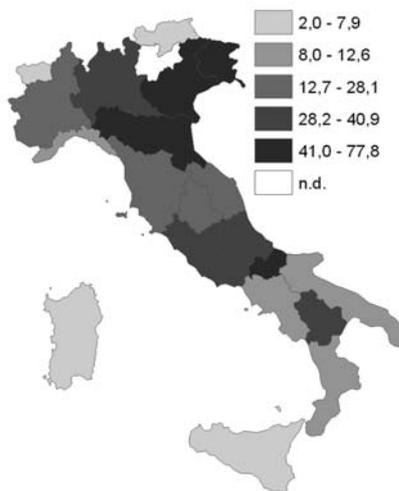
Tabella 2 - Assistenza domiciliare agli anziani - Anno 2004

| Regioni               | Anziani %   | Anziani per 1.000<br>residenti anziani<br>(età > 65) |
|-----------------------|-------------|--|
| Piemonte              | 78,7        | 18,6   |
| Valle d'Aosta         | 89,1        | 2,0  |
| Lombardia             | 86,5        | 35,2   |
| Bolzano-Bozen         | 83,7        | 2,5  |
| Trento                | <i>n.d.</i> | <i>n.d.</i>  |
| Veneto                | 82,5        | 43,7   |
| Friuli-Venezia Giulia | 78,8        | 77,8   |
| Liguria               | 91,7        | 11,8   |
| Emilia-Romagna        | 88,0        | 49,9   |
| Toscana               | 89,0        | 28,1   |
| Umbria                | 83,1        | 24,8   |
| Marche                | 89,4        | 26,8   |
| Lazio                 | 84,5        | 39,2   |
| Abruzzo               | 82,3        | 36,6   |
| Molise                | 67,2        | 67,8   |
| Campania              | 89,8        | 12,4   |
| Puglia                | 80,9        | 12,6   |
| Basilicata            | 82,2        | 40,9   |
| Calabria              | 85,2        | 11,6   |
| Sicilia               | 79,6        | 7,9  |
| Sardegna              | 73,1        | 7,3  |
| Italia                | 84,1        | 28,2   |

Nota: percentuale di rilevazione: 100% sul totale delle USL che hanno dichiarato di avere il servizio attivo.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario. Anno 2006.

Assistenza domiciliare agli anziani per 1.000 residenti anziani  
(età 65) e per regione. Anno 2004



#### Riferimenti bibliografici

1. Attività gestionali ed economiche delle a.s.l. e aziende ospedaliere. Annuario statistico del servizio sanitario nazionale. Anno 2004. [www.ministerosalute.it/servizio/datisis](http://www.ministerosalute.it/servizio/datisis); ultimo accesso giugno 2006.
2. ASSR. L'assistenza domiciliare è la nuova frontiera. Monitor, Anno II numero 6 settembre-ottobre 2003; pp 24-31.
3. ASSR. Meno ospedale e più territorio: il trend continua. Monitor, Anno III numero 10 ottobre 2004; pp 34-49.
4. Il progetto Mattoni del Sistema Sanitario Nazionale. [www.assr.it/mattoni/](http://www.assr.it/mattoni/); ultimo accesso giugno 2006.

## Elementi conoscitivi sull'offerta riabilitativa

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

### Contesto

La domanda di ricoveri per attività di riabilitazione ha assunto, negli ultimi anni, un peso sempre maggiore, correlabile all'aumento dei gravi traumatismi accidentali ed ai progressi della assistenza medica, con il conseguente aumento della sopravvivenza di soggetti con pluripatologie e invalidità.

Indagare l'offerta riabilitativa a livello nazionale significa esplorare una realtà complessa, multiforme e tuttora in evoluzione, cercando di sintetizzarne, in un numero limitato di indicatori, gli aspetti più significativi.

Per iniziare a delimitare l'ambito è utile richiamare la duplice definizione fornita dal Ministero della Sanità nelle linee guida sulle attività di riabilitazione del 1998.

In quel documento, data l'intrinseca complessità del tema, si è fornita una definizione degli obiettivi delle attività riabilitative molto estesa che spazia dal "recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è andata persa", alla "evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo" fino alla "necessità di porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie cronicodegenerative riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione". Sempre nelle linee guida del 1998, si includono fra le attività proprie della riabilitazione anche la "possibilità di reperire formule facilitanti alternative" includendo così anche la ricerca di ortesi sempre più adatte al soggetto da riabilitare.

Lo stesso documento inquadra, dal punto di vista operativo, le attività di riabilitazione in due aree: area sanitaria e area sociale. Con attività sanitarie di riabilitazione si intendono gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazioni a contenere o minimizzare la sua disabilità. Invece, con attività di riabilitazione sociale si intendono gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione alla vita sociale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di handicap.

È immediatamente evidente come l'intervento riabilitativo comprenda sia attività curative, sia preventive e come non possa essere ricondotto a specifiche fasce d'età (può riguardare qualsiasi fase della vita di un individuo), a specifiche aree cliniche (può interessare qualsiasi funzione persa o non comparsa) o a specifiche modalità (sono ricomprese, infatti, tutte le prestazioni ritenute efficaci secondo le tempistiche ritenute opportune).

Per rispondere compiutamente ad una domanda così estesa e variegata, a partire da epoche certo non recenti, è sorto un ventaglio di enti dedicati, di singole unità operative nell'ambito di enti non necessariamente dedicati alla riabilitazione, nonché una serie di iniziative più o meno estemporanee.

Concretamente i principali modelli strutturati di enti/unità operative preposti all'attività di riabilitazione comprendono:

- Unità operative ospedaliere per acuti supportate da un servizio specialistico riabilitativo;
- Unità operative ospedaliere di riabilitazione intensiva (codici disciplina 75 e 56);
- Unità operative ospedaliere di riabilitazione estensiva (ex codice disciplina 60);
- Day Hospital di riabilitazione intensiva ed estensiva;
- Residenze sanitarie riabilitative intensive o estensive;
- Residenze sanitarie assistenziali per disabili (RSD) e per anziani (RSA);
- Servizi Ambulatoriali;
- Servizi Domiciliari.

Questo deve essere, tuttavia, considerato un elenco "di massima" delle strutture, tanto più che è attualmente in corso la riorganizzazione di tutte le ex Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (II.PP.AA.BB.), a seguito del riordino dello stato sociale avviato con la legge quadro nazionale n° 328 dell' 8 novembre 2000. Tale processo è demandato nei termini attuativi alle singole regioni. Va ricordato (e il caso delle II.PP.AA.BB. lo mette bene in luce) come gli interventi normativi siano tra i principali determinanti sia di entità e tipologia dell'offerta riabilitativa (con il riordino è prevista la possibilità di modificare i servizi offerti) sia delle caratteristiche degli erogatori (è prevista la trasformazione da enti di diritto pubblico ad enti di diritto privato).

L'offerta riabilitativa, nelle sue molteplici forme, è una parte importante della rete complessiva dell'offerta socio-sanitaria e socio-assistenziale, che viene ad essere definita a livello nazionale per gli aspetti generali e a livello regionale per gli aspetti attuativi. Vi è quindi libertà, da parte delle regioni, di definire le caratteristiche dei diversi nodi della rete, in relazione alle esigenze, agli orientamenti e alle scelte locali. Ne consegue un quadro anche geograficamente multiforme, ma che necessariamente deve ricondursi al comune inquadramento del Piano Sanitario Nazionale. Infatti, qualunque sia la natura dell'evento lesivo che causa la necessità di interventi di riabilitazione, occorre perseguire sia la garanzia dell'unitarietà dell'intervento mediante un approccio multidisciplinare sia la predisposizione ed attuazione di un progetto riabilitativo individuale, al fine di consentire al paziente il livello massimo di autonomia

fisica, psichica e sensoriale. Ciò implica l'attivazione di un percorso in cui si articolano competenze professionali diverse, il funzionamento in rete di servizi e strutture a diversi livelli e con diverse modalità di offerta (ospedaliera, extraospedaliera, residenziale, semiresidenziale e domiciliare) e l'integrazione tra ambiti sanitari e sociali.

Anche da un punto di vista gestionale-amministrativo, l'offerta riabilitativa presenta diversi criteri di erogazione a seconda che si faccia riferimento ai trattamenti conseguenti a prestazioni sanitarie e ad esse correlabili (es. riabilitazione post acuta ortopedica, respiratoria, cardiologica ecc.), o a trattamenti inquadrabili nell'omnicomprensiva definizione posta nella Legge n° 833/78 all'art. 26 "trattamenti rivolti a minimizzare gli effetti di minorazioni fisiche o psichiche" congenite o acquisite. La differenziazione si può tradurre, a seconda dell'organizzazione regionale, in modalità differenziate di accesso ai servizi da parte dell'utenza, in una differente regolamentazione dei servizi erogati dalle strutture deputate, nonché in diversi modelli di rendicontazione.

### Metodi

Il tema è stato affrontato secondo due prospettive con l'obiettivo di fornire un quadro generale della riabilitazione a livello nazionale. Da un lato è stata analizzata l'entità dell'offerta riabilitativa rapportata alla popolazione residente (numero di centri di riabilitazione disponibili nelle diverse regioni ogni 100.000 ab. con dati tratti da Health for All, Italia - Istat dicembre 2005. Ultimo dato disponibile riferito al 2002.), dall'altro, si è proceduto a disaggregare il dato relativo alle diverse tipologie riabilitative - in termini di utenti e giornate di degenza - sempre rapportandolo alla popolazione residente (tabella 1. - dati tratti dal Rapporto "Riabilitazione 2003" del Ministero della Salute, 2005).

I dati presentati si riferiscono esclusivamente ai centri di riabilitazione ex art. 26, benché sia noto che nel panorama delle attività di riabilitazione esistono anche altre realtà, relativamente alle quali, tuttavia, non è stato possibile reperire elementi conoscitivi adeguati. Infine è stata effettuata una revisione della normativa specifica in tema di riabilitazione presente a livello delle singole regioni. La ricerca è stata svolta mediante la consultazione di siti istituzionali e di basi dati contenenti la normativa nazionale e regionale, con inserimento di parole chiave. Essa presenta limiti oggettivi dovuti alla disponibilità e alla completezza del materiale pubblicato nei siti stessi.

### Risultati e discussione

Il numero degli istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 censiti nelle diverse realtà regionali del nostro paese risulta estremamente variabile: complessivamente si osserva una concentrazione nettamente superiore di strutture con questa connotazione nelle regioni del Mezzogiorno, con un tasso pari a 2,02 strutture per 100.000 ab., contro l'1,8 del Centro e lo 0,54 del Nord. In effetti, le regioni italiane che fanno registrare il più alto numero di strutture di riabilitazione per numero di abitanti sono, in ordine decrescente, Sardegna, Toscana, Campania e Molise, con un tasso rispettivamente di 4,76, 3,19, 2,49 e 2,18. Le regioni con la minore presenza di istituti e centri di riabilitazione sono, in ordine crescente, Emilia-Romagna, Piemonte, Umbria e Veneto con tassi di 0,07, 0,21, 0,24 e 0,37, cui va aggiunta la Valle d'Aosta che non possiede alcuna struttura di questo tipo. Si osserva, quindi, attorno al valore medio nazionale, pari a 1,31 istituti o centri di riabilitazione ogni 100.000 abitanti, una ampia oscillazione tra le regioni più o meno dotate. Sarebbe tuttavia erroneo trarre affrettate conclusioni sul panorama della riabilitazione in Italia alla luce di una maggiore presenza delle strutture di riabilitazione ex art. 26 nelle regioni del Mezzogiorno. Infatti, prima di poter dedurre che le regioni del Sud Italia sono maggiormente attrezzate per quanto riguarda la riabilitazione rispetto a quelle del Nord, sarebbe utile approfondire la reale consistenza dell'offerta che, come anticipato in premessa, appare distribuita anche in altri ambiti.

Per quanto riguarda, invece, la distribuzione nazionale delle diverse tipologie di riabilitazione è stato possibile osservare valori medi pari a:

- 0,3 utenti per 1.000 ab per la riabilitazione neurologica (range 0-1);
- <0,1 utenti per 1.000 ab per la riabilitazione pneumologica (range 0-0,2);
- 0,1 utenti per 1.000 ab per la riabilitazione cardiologia (range 0-1,9);
- 0,4 utenti per 1.000 ab per la riabilitazione motoria (range 0-3,2);
- 0,2 utenti per 1.000 ab per la riabilitazione neuropsichica (range 0-1,3);
- 0,3 utenti per 1.000 ab per le altre modalità di assistenza riabilitativa (range 0-1,1);

con profilo di utilizzo, in termini di giornate di assistenza/1000 ab., estremamente variegato.

La revisione della normativa in tema di riabilitazione a livello delle singole regioni è stata mirata a valutare se queste ultime abbiano legiferato in modo specifico su questo tema o se invece facciano ancora riferimento all'ex art.26 della legge 833/78 e alle linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 1998.

I risultati ottenuti sono presentati nella tabella 2, a partire da una griglia nella quale sono stati considerati i seguenti punti:

- processo di accreditamento (con indicazione dei requisiti);
- categorizzazione attività (ovvero classificazione delle attività riabilitative che superi la semplice distinzione in ria-

bilitazione estensiva, intensiva e di mantenimento presente nelle linee guida del 1998);

- modalità di remunerazione delle prestazioni;
- indicazione di soglie (ovvero durate massime dei trattamenti oltre le quali scattano abbattimenti tariffari);
- criteri di accessibilità.

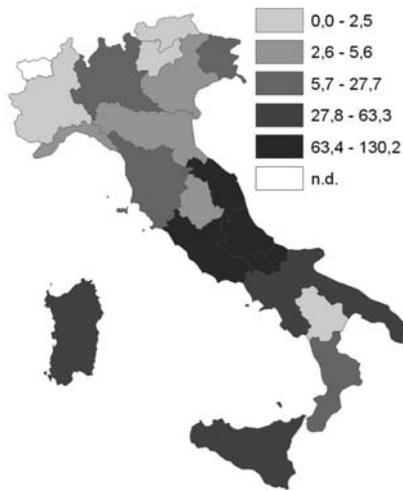
Per ogni regione è stato indicato quali tra questi punti sono oggetto di atti specifici e nell'ultima colonna sono stati inseriti i principali riferimenti normativi. Le regioni Emilia-Romagna, Sicilia e Sardegna hanno definito requisiti specifici per l'accreditamento di tutte le strutture riabilitative, mentre per quanto riguarda gli altri punti sono stati reperiti documenti riguardanti le sole strutture ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione. Anche per le regioni Toscana ed Umbria sono state reperite norme che definiscono i criteri di accessibilità per le sole strutture ambulatoriali. Si specifica inoltre che, in base al materiale acquisito, si ritiene che la regione Molise abbia mantenuto come riferimento l'ex art. 26 della legge 833/78. Come indicato in tabella, per quanto riguarda l'accreditamento, alcune regioni hanno definito in maniera specifica i requisiti delle strutture riabilitative, mentre altre hanno emanato solo leggi generali rivolte a tutte le strutture sanitarie. Tra le regioni che hanno operato una categorizzazione delle attività di riabilitazione, la Lombardia ha distinto le aree della riabilitazione in area specialistica, generale e geriatrica, di mantenimento, mentre la regione Sicilia distingue le tipologie di intervento riabilitativo in base alla causa della disabilità. Alcune regioni hanno anche indicato il tipo di remunerazione per le attività di riabilitazione e in tabella è evidenziato se questa avviene per prestazione o per caso trattato. Per quanto riguarda l'indicazione di soglie e di criteri di accessibilità, la regione Lazio stabilisce i valori soglia di durata del trattamento riabilitativo per l'abbattimento del tariffario, mentre la regione Sardegna segnala anche le condizioni generali e specifiche delle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitativa specificando le modalità e i limiti di prescrivibilità. Anche la regione Sicilia, riferendosi solo alle attività ambulatoriali, indica il numero massimo di trattamenti su base annua (con possibilità di proroghe) e i criteri di accessibilità. La regione Toscana individua pacchetti di prestazioni erogabili e definisce il numero massimo di pacchetti autorizzabili all'anno. È opportuno infine sottolineare come un incentivo a produrre a livello regionale atti normativi specifici sul tema della riabilitazione sia stato fornito verosimilmente dal DPCM del 2001 sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza. Fanno preciso riferimento a tale decreto le regioni Emilia-Romagna, Sardegna, Toscana e Umbria.

**Tabella 1 - Attività dei centri di riabilitazione ex art.26, L.833/78 per tipo e regione – Anno 2003**

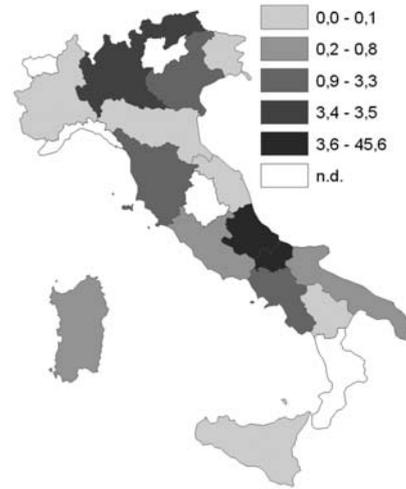
| Regioni               | Neurologica          |                          | Pneumologica         |                          | Cardiologica         |                          | Motoria              |                          | Neuropsichica età evolutiva/adulto |                          | Altro                |                          |
|-----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
|                       | Utenti per 1.000 ab. | gg di ass. per 1.000 ab. | Utenti per 1.000 ab. | gg di ass. per 1.000 ab. | Utenti per 1.000 ab. | gg di ass. per 1.000 ab. | Utenti per 1.000 ab. | gg di ass. per 1.000 ab. | Utenti per 1.000 ab.               | gg di ass. per 1.000 ab. | Utenti per 1.000 ab. | gg di ass. per 1.000 ab. |
| Piemonte              | 0,1                  | 2,5                      | 0,0                  | 0,0                      | 0,0                  | 0,0                      | 0,2                  | 15,5                     | 0,0                                | 2,6                      | 0,0                  | 1,6                      |
| Valle d'Aosta         | -                    | -                        | -                    | -                        | -                    | -                        | -                    | -                        | -                                  | -                        | -                    | -                        |
| Lombardia             | 0,3                  | 18,0                     | 0,1                  | 3,5                      | 0,1                  | 3,8                      | 0,7                  | 32,2                     | 0,2                                | 32,3                     | 1,1                  | 119,7                    |
| Bolzano-Bozen         | 0,1                  | 1,2                      | 0,2                  | 3,5                      | 1,9                  | 32,9                     | 3,2                  | 44,3                     | -                                  | -                        | 0,5                  | 6,8                      |
| Trento                | 0,0                  | 0,0                      | -                    | -                        | -                    | -                        | -                    | -                        | -                                  | -                        | 0,2                  | 51,2                     |
| Veneto                | 0,1                  | 5,2                      | 0,1                  | 3,2                      | 0,0                  | 0,0                      | 0,0                  | 0,1                      | 0,2                                | 13,3                     | 0,0                  | 0,1                      |
| Friuli-Venezia Giulia | 0,5                  | 20,8                     | 0,0                  | 0,1                      | 0,0                  | 0,0                      | 0,6                  | 13,9                     | 0,2                                | 36,4                     | 0,1                  | 10,3                     |
| Liguria               | 0,1                  | 5,2                      | -                    | -                        | -                    | -                        | 0,2                  | 17,6                     | 0,1                                | 28,7                     | 0,2                  | 30,8                     |
| Emilia-Romagna        | 0,2                  | 5,6                      | 0,0                  | 0,1                      | 0,1                  | 1,5                      | 0,5                  | 14,7                     | 0,0                                | 0,0                      | -                    | -                        |
| Toscana               | 0,6                  | 24,6                     | 0,2                  | 3,3                      | 0,2                  | 2,0                      | 0,8                  | 20,9                     | 0,2                                | 48,9                     | 0,1                  | 22,2                     |
| Umbria                | 0,0                  | 3,8                      | -                    | -                        | -                    | -                        | 0,0                  | 2,8                      | 0,0                                | 5,6                      | -                    | -                        |
| Marche                | 0,8                  | 104,7                    | 0,0                  | 0,0                      | 0,0                  | 0,0                      | 0,3                  | 26,7                     | 0,2                                | 18,0                     | 0,1                  | 12,0                     |
| Lazio                 | 0,6                  | 80,8                     | 0,0                  | 0,8                      | 0,0                  | 0,7                      | 0,6                  | 51,2                     | 0,2                                | 44,1                     | 0,2                  | 29,9                     |
| Abruzzo               | 1,0                  | 102,4                    | 0,2                  | 13,7                     | 0,0                  | 2,0                      | 1,1                  | 44,5                     | 0,2                                | 56,8                     | 0,1                  | 15,4                     |
| Molise                | 0,4                  | 130,2                    | 0,1                  | 45,6                     | 0,0                  | 0,1                      | 0,9                  | 226,1                    | 1,0                                | 282,1                    | 0,0                  | 0,0                      |
| Campania              | 0,3                  | 50,7                     | 0,0                  | 1,1                      | 0,1                  | 4,6                      | 0,2                  | 27,9                     | 0,4                                | 88,6                     | 0,1                  | 21,9                     |
| Puglia                | 0,4                  | 63,3                     | 0,0                  | 0,4                      | 0,0                  | 0,3                      | 0,2                  | 10,7                     | 0,1                                | 13,8                     | 0,1                  | 5,8                      |
| Basilicata            | 0,0                  | 0,0                      | 0,0                  | 0,0                      | -                    | -                        | 0,0                  | 0,0                      | 0,0                                | 0,0                      | 0,8                  | 274,9                    |
| Calabria              | 0,3                  | 27,7                     | -                    | -                        | -                    | -                        | 0,5                  | 5,4                      | 1,3                                | 67,7                     | 0,0                  | 9,6                      |
| Sicilia               | 0,2                  | 52,9                     | 0,0                  | 0,1                      | 0,0                  | 0,0                      | 0,0                  | 7,2                      | 0,2                                | 42,7                     | 0,1                  | 16,9                     |
| Sardegna              | 0,3                  | 55,1                     | 0,0                  | 0,5                      | 0,0                  | 0,0                      | 0,1                  | 9,6                      | 0,2                                | 38,5                     | 0,2                  | 22,2                     |
| <b>Italia</b>         | <b>0,3</b>           | <b>35,4</b>              | <b>0,0</b>           | <b>1,8</b>               | <b>0,1</b>           | <b>1,7</b>               | <b>0,4</b>           | <b>21,8</b>              | <b>0,2</b>                         | <b>35,1</b>              | <b>0,3</b>           | <b>33,1</b>              |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale del Sistema informativo, Rapporto "Riabilitazione 2003". Anno 2005.

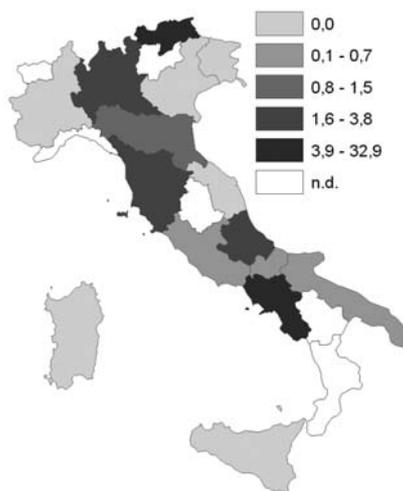
Giorni di assistenza per 1.000 abitanti nei centri di riabilitazione neurologica per regione. Anno 2003



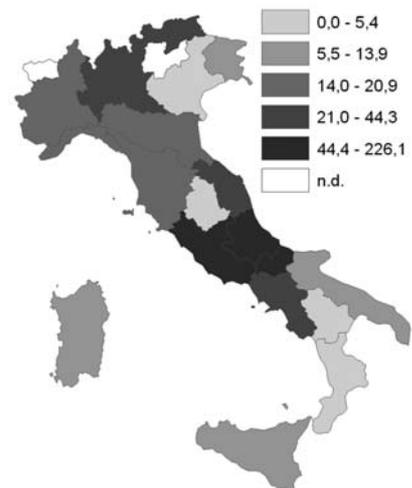
Giorni di assistenza per 1.000 abitanti nei centri di riabilitazione pneumologica per regione. Anno 2003



Giorni di assistenza per 1.000 abitanti nei centri di riabilitazione cardiologica per regione. Anno 2003



Giorni di assistenza per 1.000 abitanti nei centri di riabilitazione motoria per regione. Anno 2003



Giorni di assistenza per 1.000 abitanti nei centri di riabilitazione neuropsichica età evolutiva/adulto per regione. Anno 2003

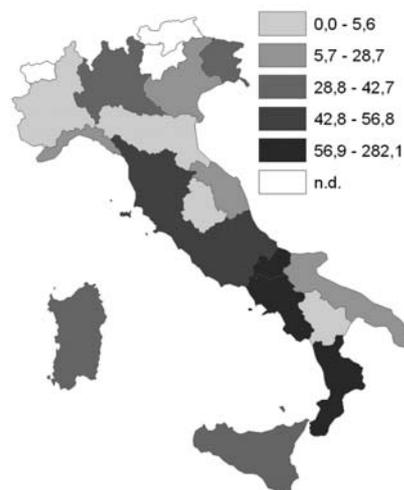


Tabella 2 - Il quadro normativo

| Regioni               | Accredita-<br>mento/requisiti | Categorizza-<br>zione attiva | Remunera-<br>zione  | Indicazione<br>di soglie | Criteri di<br>accessibilità | Riferimenti<br>normativi   |
|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|--|
| Piemonte              | si                            |                              |                     |                          |                             | Dgr n° 82-1597/2000  |
| Valle d'Aosta         | si                            |                              |                     |                          |                             | Dgr n° 1232/2004   |
| Lombardia             | si                            | si                           | si <sup>(2)</sup>   | si                       | si                          | Dgr n° 19883/2004  |
| Bolzano-Bozen         | si                            |                              |                     |                          |                             | Dgp n° 763/2003  |
| Trento                | si                            |                              |                     |                          |                             | Dpgr n° 30-48/2000   |
| Veneto                | si                            |                              |                     |                          |                             | Dgr n° 2501/2004   |
| Friuli-Venezia Giulia | si <sup>(1)</sup>             | si                           | si <sup>(3)</sup>   |                          |                             | Dgr n° 1852/1997<br>Dgr n° 1568/2005<br>Dgr n° 606/2005<br>Linee Guida 1999 <sup>(4)</sup> |
| Liguria               | si                            |                              |                     |                          |                             | Dgr n° 395/2002  |
| Emilia-Romagna        | si                            | si <sup>(5)</sup>            | si <sup>(3-5)</sup> |                          | si <sup>(5)</sup>           | Dgr n° 327/2004<br>Dgr n° 1365/2002  |
| Toscana               | si                            | si                           | si <sup>(2)</sup>   | si <sup>(5)</sup>        | si <sup>(5)</sup>           | Del. C. n° 221/1999<br>Dgr n° 378/2005<br>Dgr n° 595/2005                                  |
| Umbria                |                               |                              | si <sup>(3)</sup>   |                          | si <sup>(5)</sup>           | Dgr n° 893/2002<br>Dgr n° 1609/2002  |
| Marche                | si                            |                              |                     |                          |                             | Dgr n° 1889/2001   |
| Lazio                 | si <sup>(1)</sup>             | si                           | si <sup>(2)</sup>   | si                       |                             | Lr n° 4/2003<br>Dgr n° 43/2006   |
| Abruzzo               |                               |                              |                     |                          | si                          | Dgr n° 671/2002<br>Dgr n° 492/2001   |
| Molise                |                               |                              |                     |                          |                             |  |
| Campania              | si                            |                              |                     |                          | si                          | Dgr n° 7301/2001<br>Dgr n° 482/2004  |
| Puglia                | si <sup>(1)</sup>             |                              |                     |                          |                             | Lr n° 8/2004   |
| Basilicata            |                               |                              |                     | si                       | si                          | Dgr n° 1306/2002<br>Dgr n° 670/2004  |
| Calabria              |                               |                              |                     |                          |                             |  |
| Sicilia               | si                            | si <sup>(5)</sup>            | si <sup>(3)</sup>   | si <sup>(5)</sup>        | si <sup>(5)</sup>           | D.a. n° 01062/2002<br>D.a. n° 890/2002<br>D.a. 9 Nov.2005                                  |
| Sardegna              | si                            | si <sup>(5)</sup>            | si <sup>(3-5)</sup> | si <sup>(5)</sup>        | si <sup>(5)</sup>           | Dgr n° 8-16/2006<br>Dgr n° 11-7/2006   |

(1) Definizione di requisiti generali, non specifici per strutture riabilitative; (2) Remunerazione per caso trattato; (3) Remunerazione per prestazione; (4) Linee Guida 1999: Regole di accesso e controllo per l'attività di riabilitazione ospedaliera ed extra-ospedaliera; (5) Norme riguardanti le sole strutture ambulatoriali di medicina fisica e riabilitativa.

**Riferimenti bibliografici**

Ministero della Sanità. Linee-Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n. 124, 1998

Ministero della Salute. Rapporto "Riabilitazione 2003". Attività Editoriali Ministero della Salute, Roma 2005

Regione Lombardia. Delibera Giunta Regionale 16 dicembre 2004, n. 7/19883, "Riordino della rete delle attività di riabilitazione". B.U.R.L., 31.12.2004; 53 (5)

Legge n. 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", GU 13 novembre 2000; 265 (S.O. 186)

Health for All dicembre 2005. Ultimo dato disponibile riferito al 2002.

**Sitografia**

1. [www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it)
2. [www.regione.vda.it](http://www.regione.vda.it)
3. [www.sanita.regione.lombardia.it](http://www.sanita.regione.lombardia.it)
4. [www.regione.taa.it](http://www.regione.taa.it)
5. [www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it)
6. [www.arssveneto.it](http://www.arssveneto.it)
7. [www.regione.fvg.it](http://www.regione.fvg.it)
8. [www.liguriainformasalute.it](http://www.liguriainformasalute.it)
9. [www.regione.emilia-romagna.it](http://www.regione.emilia-romagna.it)
10. [www.asr.regione.emilia-romagna.it](http://www.asr.regione.emilia-romagna.it)
11. [www.salute.toscana.it](http://www.salute.toscana.it)
12. [www.arsanita.toscana.it](http://www.arsanita.toscana.it)
13. [www.regione.umbria.it](http://www.regione.umbria.it)
14. [www.ars.marche.it](http://www.ars.marche.it)
15. [www.regione.marche.it](http://www.regione.marche.it)
16. [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it)
17. [www.regione.abruzzo.it](http://www.regione.abruzzo.it)
18. [www.regione.molise.it](http://www.regione.molise.it)
19. [www.regione.campania.it](http://www.regione.campania.it)
20. [www.arsan.campania.it](http://www.arsan.campania.it)
21. [www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)
22. [www.regione.basilicata.it](http://www.regione.basilicata.it)
23. [www.regione.calabria.it](http://www.regione.calabria.it)
24. [www.regione.sicilia.it](http://www.regione.sicilia.it)
25. [www.regione.sardegna.it](http://www.regione.sardegna.it)
26. [www.centromaderna.it](http://www.centromaderna.it)
27. [www.upipa.it](http://www.upipa.it)
28. [www.unimi.it](http://www.unimi.it)

## La riforma delle attività di riabilitazione in Lombardia

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

La Regione Lombardia in data 16.12.2004 ha emanato la DGR 19883 con l'obiettivo di riordinare le attività di riabilitazione.

In linea con il PSSR 2002-04 e con le linee guida del '98, si procede al superamento delle precedenti classi di trattamento a favore di nuove classi o aree: Riabilitazione specialistica, Riabilitazione generale e geriatrica e Riabilitazione di mantenimento.

Nell'area di Riabilitazione specialistica rientreranno tutti gli interventi effettuati nell'immediata fase post acuta dall'evento indice, quando il trattamento riabilitativo, fondato su un elevato impegno medico e tecnico-strumentale specialistico, può influenzare positivamente i processi biologici che sottendono al recupero o al corretto evolversi della funzione, riducendo l'entità della menomazione/disabilità.

Appartengono a questa area anche tutte le attività riabilitative svolte in presenza di recidive dell'evento indice, ma che presentano un'elevata probabilità di recupero funzionale.

Infine rientrano in questa categoria tutti gli interventi effettuati nelle diverse fasi dell'età evolutiva al fine di evocare abilità e competenze non comparse o in ritardo rispetto allo sviluppo fisiologico.

L'area della riabilitazione generale e geriatrica, invece, individua tutti quegli interventi effettuati in fase di consolidamento della disabilità, quelli in cui le condizioni generali del paziente e la prognosi degli esiti della menomazione controindicano un intervento riabilitativo intenso e settoriale, gli interventi effettuati in presenza di recidive dell'evento indice che hanno ridotta probabilità di recupero funzionale e tutte le attività riabilitative rivolte a soggetti in età evolutiva, portatori di disabilità che richiedono tempi protratti di trattamenti abilitativi- riabilitativi.

Gli interventi riabilitativi di mantenimento sono quelli da effettuarsi nel periodo precedente alle dimissioni verso il domicilio, RSA o altra struttura socio-sanitaria. Hanno l'obiettivo di raggiungere sia la stabilizzazione delle condizioni cliniche sia l'ottenimento di "piccoli guadagni funzionali" in un contesto di ricovero riabilitativo caratterizzato da una bassa intensità assistenziale.

La delibera introduce, per le strutture erogatrici di prestazioni riabilitative, un nuovo accreditamento, stabilendo contestualmente il superamento delle precedenti convenzioni e rendendo necessaria la presentazione alla ASL di una nuova richiesta formale di riaccreditamento con la ridefinizione delle tipologie e del numero dei posti letto convenzionati.

Introduce inoltre, su parte delle prestazioni erogate, un sistema di remunerazione per caso trattato, come per le altre attività ospedaliere. In particolare, la classificazione degli interventi riabilitativi in regime di ricovero ordinario viene effettuata secondo la codifica ICD9-CM ed i relativi rimborsi sono erogati per singolo caso trattato. Mantengono un diverso meccanismo di rimborso i trattamenti domiciliari e quelli ambulatoriali, suddivisi per fasce di impegno assistenziale: alto, medio e basso.

Vengono inoltre previsti tempi massimi di erogazione per ogni area e per ogni tipologia di trattamento.

La struttura riabilitativa, all'ammissione di ogni nuovo paziente, si impegna a valutarne il livello di disabilità, attraverso l'utilizzo di una specifica scala di valutazione, e a stendere un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e un programma riabilitativo individuale (p.r.i.).

Il Progetto Riabilitativo Individuale è l'insieme di proposizioni elaborate dall'équipe riabilitativa, tiene conto globalmente dei bisogni, delle preferenze del paziente, delle sue menomazioni, disabilità e delle abilità residue e recuperabili. Definisce gli esiti desiderati, in linea generale i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento dei risultati.

Il programma riabilitativo individuale, a sua volta, definisce, in attuazione del Progetto Riabilitativo Individuale, le aree di intervento specifiche, gli obiettivi immediati e a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti e la verifica degli interventi.

Si accede ad ogni tipo di prestazione riabilitativa su prescrizione di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta o di ogni altro Specialista di struttura di ricovero e cura abilitato.

## L'Assistenza Primaria nel Regno Unito

Dr. Richard Willmer

Con l'espressione Primary Care si intende un insieme di servizi sanitari che costituiscono il primo, e spesso l'unico, accesso del paziente ai servizi sanitari. Comprende le prestazioni dei medici di medicina generale, infermieri, terapisti (community and occupational therapists), optometristi, farmacisti, dentisti e ostetriche.

- I servizi di Primary care fanno registrare il più alto grado di soddisfazione dei pazienti del Servizio Sanitario Nazionale (National Health Service-NHS)

- Più di 300 milioni di visite dei medici di medicina generale all'anno

- 2 milioni di visite all'anno nei *Walk in centre* (centri che offrono un facile accesso ai servizi del NHS)

I contatti su NHS *Direct Online* website sono passati da più di 2 milioni a 8 milioni nel 2004 e le chiamate effettuate al NHS Direct risultano essere più di 6 milioni.

### Primary care trusts

Ad oggi esistono 303 centri di assistenza primaria (PCTs) che costituiscono il punto di forza del processo di ammodernamento del NHS; sono responsabili dell'80% del budget complessivo del NHS e hanno a disposizione personale e risorse proprie. I PCT sono monitorati da autorità locali chiamate *Strategic Health Authority* (SHA) (passate recentemente da 28 a 10) e sono responsabili nei confronti del Ministro della salute. Collaborano con altre organizzazioni socio-sanitarie e organizzazioni locali per assicurare i bisogni della comunità. I PCT offrono direttamente alcune prestazioni, altre le commissionano a centri specialistici del NHS o a privati, tenendo conto del parere e delle decisioni del paziente stesso.

I PCT sono responsabili di:

- programmi di sviluppo mirati a preservare la salute della comunità di riferimento;

- individuare i servizi sanitari di cui la popolazione locale necessita e assicurandosi che siano erogati e accessibili. Sono comprese le prestazioni ospedaliere, servizi di salute mentale, medici di base, programmi di screening, servizio di ambulanza, dentisti, farmacisti e optometristi;

- collaborare con autorità locali, servizi sociali, organizzazioni di volontariato al fine di garantire l'assistenza sanitaria e sociale;

- assicurare lo sviluppo delle diverse professionalità e l'investimento di capitali in infrastrutture, macchinari e *Information Technology* nell'ottica di un continuo ammodernamento del NHS anche a livello locale, per garantire servizi sempre più efficienti.

Ogni PCT ha come obiettivo primario la promozione della salute, non solo attraverso la prevenzione, ma anche altri interventi specifici ad es. assicurandosi che ogni paziente affetto da ipertensione sia stato curato con efficacia; che i servizi esistenti contro il fumo riescano a raggiungere nel lungo periodo elevati tassi di disassuefazione; assicurando che l'assistenza sanitaria primaria raggiunga gli obiettivi del servizio nazionale; facendo in modo che la maggior parte delle opportunità siano offerte dallo *Sure Start* (programma governativo per la salute dei bambini) e da altri programmi di assistenza sociale e sanitaria.

### Primary care services

Le prestazioni di assistenza primaria sono generalmente assicurate da medici di medicina generale, dentisti, optometristi, farmacisti, NHS *Walk in centres*, NHS *Direct* e PCT. Esiste anche un numero crescente di organizzazioni indipendenti che si occupano di fornire servizi primari ai pazienti.

### Medici di medicina generale (*General Practitioners - Gps*)

Esistono più di 32.000 medici di medicina generale che lavorano con infermieri e altro personale per la diagnosi e il trattamento dei pazienti.

Ogni cittadino inglese ha il diritto di essere registrato presso un medico di zona e le visite ambulatoriali sono gratuite.

A fine anni '90 i medici di medicina generale erano scontenti del proprio contratto (eccessivo carico di lavoro e remunerazione inadeguata) con la minaccia di abbandono dalla professione.

Infatti il contratto prevedeva un sistema molto rigido che non rispondeva alle necessità locali e non dava incentivi per lo sviluppo della qualità dell'assistenza; le risorse erano distribuite in modo ineguale.

Introduzione del contratto dei medici di medicina generale:

- un esplicito focus sulle cure di alta qualità, basate sulle migliori pratiche e sull'evidenza scientifica attraverso il *Quality and Outcomes Framework*;

- il *Quality and Outcomes Framework* è un set di indicatori *evidence based* che incentivano le pratiche atte a promuovere un'elevata qualità dell'assistenza in quattro aree: la pratica clinica, l'organizzazione, la soddisfazione del paziente e i servizi supplementari;
- il passaggio da un sistema di remunerazione legato ad ogni singolo medico a un tipo di contratto basato sulle prestazioni, accompagnato da importanti investimenti (con un aumento del 36% rispetto al 2002/03);
- il controllo sul carico di lavoro è collegato alla possibilità di guadagno legata all'attività svolta e alla qualità delle prestazioni.

Attualmente si contano più medici di medicina generale nel NHS rispetto al passato.

Ciò sta a significare che l'impegno profuso per il raggiungimento degli obiettivi prefissati ha determinato delle differenze tangibili nel NHS.

**Tabella 1 - Dottori, infermieri, e operatori sanitari<sup>1</sup> in Inghilterra – Anni 1999-2004**

| Anni <sup>2</sup>                         | All Front Line Staff | All doctors (excluding GP retainers) | Consultants | GPs (excluding retainers, registrars and locums) | Qualified nurses, (including Practice Nurses), midwives, and health visiting staff | Qualified Allied Health Professionals |
|---|----------------------|--------------------------------------|-------------|--|--|---------------------------------------|
| 1999                                      | 926.170              | 93.980                               | 23.320      | 28.470   | 329.640  | 47.920                                |
| 2000                                      | 944.110              | 96.320                               | 24.400      | 28.590   | 335.950  | 49.360                                |
| 2001                                      | 986.230              | 99.170                               | 25.780      | 28.800   | 350.380  | 51.320                                |
| 2002                                      | 1.032.550            | 103.350                              | 27.070      | 29.200   | 367.520  | 53.460                                |
| 2003                                      | 1.083.120            | 108.990                              | 28.750      | 30.360   | 386.360  | 55.950                                |
| 2004                                      | 1.119.600            | 117.040                              | 30.650      | 31.520   | 397.520  | 58.960                                |
| Variazione media annuale (1999 to 2004) % | 3.9                  | 4.5                                  | 5.6         | 2.1  | 3.8  | 4.2                                   |

Nota: 1. Description of staff covered in each group is available from [http://www.publications.doh.gov.uk/public/work\\_force.htm](http://www.publications.doh.gov.uk/public/work_force.htm);  
2. Figures relate to 30 September of the year given, except 1996-1999 GP data as at 1 October.

Fonte dei dati: NHS Health and Social Care Information Centre Non-Medical Workforce Census; General and Personal Medical Services Statistics; Medical Services Statistics; Medical & Dental Workforce Census.

#### *Professionisti con competenze specialistiche*

I professionisti con competenze specialistiche comprendono tutti i professionisti di assistenza primaria che lavorano con un'esperienza pratica aggiuntiva. Condividono l'obiettivo comune di includere nell'assistenza primaria l'accesso ai servizi e aumentare le procedure di assistenza secondaria come i test diagnostici, gli interventi chirurgici minori e le competenze specialistiche.

Esistono diverse espressioni in uso per indicare specifici gruppi di professionisti.

I principali sono:

- GPwSI – Medici di base con competenze specialistiche
- NwSI – Infermieri con competenze specialistiche
- AHPwSI – Operatori sanitari con competenze specialistiche
- DwSI – Dentisti con competenze specialistiche
- PMwSI – Manager con competenze specialistiche
- HCSwI – Ricercatori con competenze specialistiche

Il piano del NHS aveva definito come obiettivo per il 2004, un aumento di 1.000 medici di medicina generale con competenze specifiche. Ad oggi sono 1.500 i medici che lavorano nel NHS, avendo raggiunto l'obiettivo con un anno d'anticipo.

#### *Infermieri*

Fino ad oggi non si era mai registrato un numero tanto elevato di infermieri nel NHS; a fine 2004 erano 397.515 con un incremento di 78.660 rispetto al 1997.

Tra il 1996-7 e 2003-4 il numero di infermieri è aumentato del 62%.

L'obiettivo di reclutamento di nuovi infermieri nel NHS previsto nel piano è stato raggiunto in tempi brevi.

Da febbraio 1999 alla fine di marzo 2004 circa 18.000 tra infermieri formati, ostetriche sono tornati a prestare servizio presso il NHS.

*Professionisti del settore medico-sanitario*

- L'assistenza odontoiatrica è fornita da più di 20.000 dentisti, attraverso check-up e veri e propri trattamenti.
- Ci sono più di 8.000 specialisti in oftalmologia e optometria che forniscono controlli alla vista, includendo terapie per le malattie e le patologie dell'occhio, test e prescrizione di occhiali.
- I farmacisti sono responsabili per la somministrazione di farmaci ai pazienti o attraverso la prescrizione dei medici o la vendita.

*Terapisti, ricercatori e altre figure sanitarie*

Il numero di terapisti e ricercatori del NHS è aumentato di 32.585 unità da settembre 1997 e di 18.442 dal 2001. Da aprile 2001 alla fine di marzo 2005 più di 1.450 professionisti sanitari formati e 450 ricercatori sono tornati a lavorare presso il NHS.

**Tabella 2 - Professionisti (eccetto i medici di medicina generale registrati e in pensione) in Inghilterra - Anni 1994-2004**

| Anni | Practitioners<br>(excluding GP registrars<br>and GP retainers) | Number of<br>GP Practices |
|------|--|---------------------------|
| 1994 | 27.290   | 9.238                     |
| 1995 | 27.465   | 9.188                     |
| 1996 | 27.811   | 9.113                     |
| 1997 | 28.046   | 9.102                     |
| 1998 | 28.251   | 9.090                     |
| 1999 | 28.467   | 9.034                     |
| 2000 | 28.593   | 8.965                     |
| 2001 | 28.802   | 8.910                     |
| 2002 | 29.202   | 8.833                     |
| 2003 | 30.358   | 8.833                     |
| 2004 | 31.523   | 8.542                     |

Data as at 1 October 1994 to 1999 and 30 September 2000 to 2004  
Figures exclude GP locums

**Walk in centres**

Attualmente ci sono 76 NHS *Walk in centres* in Inghilterra che offrono un accesso gratuito e veloce a consultazioni mediche e trattamenti in tempi e luoghi facilmente accessibili.

Due di questi sono *Commuter Walk in centres* ossia vicini alle principali sedi della *Community*. Il primo ha aperto a Manchester a dicembre 2005 e il secondo a gennaio, vicino alla sede di Liverpool St a Londra.

*NHS Walk-in Centres* sono situati in località facilmente raggiungibili, consentendo un accesso veloce ai servizi offerti dal NHS, incluso consulti, informazioni e prestazioni mediche per le patologie meno gravi.

La maggior parte dei centri sono aperti dalle 7 alle 10 di sera dal lunedì al venerdì e dalle 9 alle 10 il sabato e la domenica, non è necessaria la prenotazione.

I *Walk-in Centres* sono sviluppati in cooperazione con il sistema locale del NHS, in particolare con le maggiori Primary Care Trust. Se in una data area non è presente un *Walk in centre* significa che il PCT ha deciso da sé di non stabilirlo in quella zona.

*Attività*

Mediamente ogni centro è frequentato da 114 pazienti al giorno, circa 42.000 pazienti all'anno, sebbene questo dato possa variare notevolmente a seconda della zona, alcuni centri, infatti, registrano più di 200 pazienti al giorno.

A partire dall'apertura nel 2000 7 milioni di pazienti sono stati visitati nei *Walk in centres*.

*Costi*

Il costo di una visita effettuata presso un *Walk in centre* è di circa 23 £ per i centri che hanno aperto da più di un anno.

La *National Evaluation* del 2002 ha rilevato che le visite ai NHS *Walk in centres* erano più costose di quelle generiche

(30£ per visita rispetto a 15£ di una visita presso un medico di medicina generale).

In generale i costi medi hanno risentito in misura significativa della crescita nel numero di pazienti. I costi sono

aumentati più del doppio della media dei costi per le visite dei medici di medicina generale. Inoltre l'aumento dei costi è dovuto in larga parte all'estensione dell'orario di apertura e al servizio garantito 7 giorni la settimana, copertura che, invece, non viene garantita dal servizio di visite di medicina generale.

#### *NHS Direct*

A partire dall'introduzione del servizio *NHS Direct telephone* nel 1998, e con l'apertura del *Direct Online website* nel 1999 e *NHS Direct Interactive digital TV service* nel 2004 (aperto 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana), il servizio *multi-channel* gestisce 2 milioni di contatti ogni mese.

In particolare l'*NHS Direct Interactive service* fornisce informazioni sulla salute attraverso la TV digitale attraverso un elenco strutturato in ordine alfabetico di temi legati alla salute quali influenza, diabete, malattie coronariche; fornisce consigli sul benessere fisico, alimentazione, dieta, attività fisica, su come smettere di fumare e sulle abitudini sessuali; utilizza Video clip. L'*NHS Direct Interactive service* dissemina informazioni relative all'accesso al NHS come ad esempio la procedura da seguire per registrarsi presso il medico di medicina generale e le informazioni sono fornite in 16 differenti lingue per coloro che fanno ricorso al servizio.

L'*NHS Direct Interactive* aprirà nuovi canali per garantire una maggiore velocità e facilità d'accesso dei pazienti al NHS e alle informazioni sulla salute da esso fornite.

#### **Commissioning**

Nel futuro i medici di medicina generale e gli altri operatori di assistenza primaria avranno maggiore potere di richiedere quei servizi sanitari locali rispondenti le esigenze dei propri pazienti. Ciò comprende anche la possibilità di convogliare fondi verso quei pazienti con patologie croniche. Questi ultimi potranno quindi beneficiare non soltanto di una scelta più ampia di servizi, ma anche di una maggiore vicinanza alle proprie abitazioni.

## Dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma

**Significato.** L'Asma è una patologia infiammatoria cronica delle vie aeree, la cui eziologia è legata all'esposizione di soggetti suscettibili a sostanze irritanti ambientali ed "occupazionali" scatenanti (pollini, fumo di sigaretta, ecc...).

Se non adeguatamente trattata può essere causa di una progressiva riduzione della funzionalità respiratoria e di malattia broncopneumonica cronica ostruttiva.

Tra i "Prevention Quality Indicators" dell'AHRQ, le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per

Asma tra gli adulti valutano l'appropriata gestione in ambito territoriale della patologia, intesa come prevenzione, con l'individuazione dei soggetti a maggior rischio, diagnosi precoce, monitoraggio periodico della funzionalità respiratoria, terapia farmacologica ed educativa.

Infatti, questi ricoveri possono essere considerati potenzialmente "evitabili" in presenza di un'adeguata rete di servizi territoriali.

### Tasso standardizzato di dimissione ospedaliera potenzialmente evitabile per asma

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

**Validità e limiti.** L'indicatore si riferisce ai ricoveri per acuti di 18 anni e oltre con diagnosi principali per asma (Codici ICD-9-CM: 493.00-02; 493.10-12; 493.20-22; 493.81-82; 493.90-92), avvenuti negli istituti pubblici e privati accreditati nel periodo 2001-2004. Data la bassa prevalenza del fenomeno, e la necessità di eliminare eventuali oscillazioni dei risultati dovuti alla bassa numerosità dei casi, si è considerata la media del quadriennio. Sono state utilizzate le fonti ufficiali dei dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute per i ricoveri, e l'Istat per la popolazione media residente. Il tasso è stato standardizzato con il metodo diretto, considerando come standard la popolazione italiana al censimento del 2001. La possibilità di disporre di dati relativi esclusivamente ai ricoveri di pazienti residenti consente di valutare, in maniera più precisa, il grado di inappropriata delle strutture territoriali regionali. Per tale indicatore potrebbe essere presente un bias determinato dalla diversa prevalenza della malattia nelle varie regioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** In assenza di un valore di riferimento legislativo, è stata considerata la suddivisione in terzi della distribuzione regionale del tasso standardizzato.

### Descrizione dei risultati

La Valle d'Aosta presenta il valore più basso del tasso (0,13) mentre la Sardegna il più alto (0,45).

Nell'intervallo che va dal valore minimo al primo terzi- le incluso (0,13-0,20) troviamo le regioni: Valle d'Aosta, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Emilia-Romagna, Provincia Autonoma di Trento e Toscana; dal primo terziile escluso al secondo terziile (0,22-0,27) Veneto, Lazio, Lombardia, Umbria, Liguria, Sicilia e Campania; dal secondo terziile escluso al valore massimo (0,28-0,45) Abruzzo, Puglia, Molise,

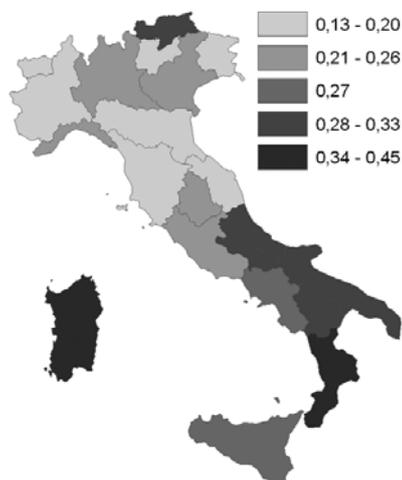
Basilicata, Provincia Autonoma di Bolzano, Calabria e Sardegna. Si osserva quindi un gradiente Nord-Sud: tutte le regioni del Nord, tranne la Provincia Autonoma di Bolzano, e quelle del Centro, si posizionano prima del secondo terziile e sono le regioni che presentano i livelli più bassi del tasso. La presenza di "intervalli di posizione" facilita un confronto tra gruppi di regioni in una logica tesa al miglioramento dell'appropriatezza in ogni singola regione.

**Tabella 1 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per asma e per regione (tassi per 1.000 abitanti) - Anni 2001-2004**

| Regioni               | Tasso standardizzato per asma |
|-----------------------|-------------------------------|
| Piemonte              | 0,14                          |
| Valle d'Aosta         | 0,13                          |
| Lombardia             | 0,23                          |
| Bolzano-Bozen         | 0,33                          |
| Trento                | 0,18                          |
| Veneto                | 0,22                          |
| Friuli-Venezia Giulia | 0,16                          |
| Liguria               | 0,26                          |
| Emilia-Romagna        | 0,17                          |
| Toscana               | 0,20                          |
| Umbria                | 0,26                          |
| Marche                | 0,17                          |
| Lazio                 | 0,22                          |
| Abruzzo               | 0,28                          |
| Molise                | 0,32                          |
| Campania              | 0,27                          |
| Puglia                | 0,32                          |
| Basilicata            | 0,32                          |
| Calabria              | 0,35                          |
| Sicilia               | 0,27                          |
| Sardegna              | 0,45                          |
| Italia                | 0,24                          |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute - Banca Dati SDO, per i ricoveri. Anni 2001-2004. Banca dati www.demo.ista.it per la popolazione. Anni 2001-2004.

Tasso standardizzato medio annuo di dimissioni ospedaliere per asma e per regione. Media 2001-2004



### Raccomandazioni di Osservasalute

La variabilità tra le regioni dei tassi standardizzati dei ricoveri ospedalieri nella popolazione adulta per Asma conferma la necessità di sviluppare soluzioni di integrazione tra i diversi ambiti assistenziali, territoriale ed ospedaliero, e le diverse professionalità che intervengono nella gestione del medesimo paziente. La continuità assistenziale sarà garantita dalla elabo-

razione e attuazione dei percorsi clinico-assistenziali condivisi che sappiano calare le linee guida scientifiche, validate e condivise, nel peculiare contesto organizzativo locale o regionale in cui i professionisti si trovano ad operare, come espresso dal vigente Piano Sanitario Nazionale.

L'analisi di tale indicatore, oltre a rappresentare un *proxy* della misura dell'appropriatezza dell'assistenza territoriale nella gestione della specifica patologia, è utile anche in una lettura combinata con il tasso standardizzato di dimissione ospedaliera potenzialmente evitabile per complicanze a lungo termine del Diabete Mellito per una comprensione complessiva dell'assistenza primaria.

### Riferimenti bibliografici

AHRQ Quality Indicators. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001

Version 3.0a (February 20, 2006). <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (ultimo accesso: 20 aprile 2006).

Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Ildeson-Gnocchi, 2005.

Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006. Gazzetta Ufficiale 8 giugno 2006, Serie Generale, n. 131.

Damiani G, de Belvis AG, Siliquini R, Trani F, Mainelli MT. Appropriatezza organizzativa della gestione delle cronicità ed integrazione ospedale-territorio: asma bronchiale in pazienti di età maggiore di 18 anni e diabete mellito con complicanze tardive (CLT). In: Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2005; PREX, Milano.

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

**Significato.** Il Diabete Mellito è una malattia endocrina multifattoriale ad eziologia sconosciuta, ha un decorso cronico-degenerativo ed è causa di numerose e gravi complicanze acute e croniche.

Tra i "Prevention Quality Indicators" dell'AHRQ, il tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del Diabete

Mellito (CLTD) valuta l'appropriata gestione in ambito territoriale della patologia diabetica, intesa come prevenzione, con l'individuazione dei soggetti a maggior rischio, diagnosi precoce, monitoraggio periodico della compliance del paziente, del profilo glicemico e delle possibili complicanze.

### Tasso standardizzato di dimissione ospedaliera potenzialmente evitabile per Complicanze a Lungo Termine del Diabete Mellito

|              |  |         |
|--------------|--|---------|
| Numeratore   | Dimissioni ospedaliere per Complicanze a Lungo Termine del Diabete Mellito (CLTD) di età 18 anni e oltre | x 1.000 |
| Denominatore | Popolazione media residente di età 18 anni e oltre   |         |

**Validità e limiti.** L'indicatore si riferisce ai ricoveri per acuti di 18 anni e oltre con diagnosi principali per CLTD (Codici ICD-9-CM: 250.40-43, 250.50-53, 250.60-63, 250.70-73, 250.80-83 e 250.90-93), avvenuti negli istituti pubblici e privati accreditati nel periodo 2001-2004. Data la bassa prevalenza del fenomeno, e la necessità di eliminare eventuali oscillazioni dei risultati dovuti alla bassa numerosità dei casi, si è considerata la media del quadriennio. Sono state utilizzate le fonti ufficiali dei dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute per i ricoveri, e l'Istat per la popolazione media residente. Il tasso è stato standardizzato con il metodo diretto, considerando come standard la popolazione italiana al censimento del 2001. L'analisi dei dati riferiti esclusivamente ai ricoveri di pazienti residenti consente di valutare, in maniera più precisa, il livello di inappropriata delle strutture territoriali regionali, anche se potrebbe essere presente un bias determinato dalla diversa prevalenza della malattia nelle varie regioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** In assenza di un valore di riferimento legislativo, è stata considerata la suddivisione in terzili della distribuzione regionale del tasso standardizzato.

#### Descrizione dei risultati

Le Marche presenta il valore più basso del tasso (0,20) mentre la Puglia il valore più alto (0,98).

Nell'intervallo che va dal valore minimo al primo terzile incluso (0,20-0,37) troviamo le regioni: Marche, Valle d'Aosta, Toscana, Liguria, Umbria, Emilia-Romagna e Piemonte; dal primo terzile escluso al secondo terzile (0,38-0,57) le regioni: Sardegna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Abruzzo, Lazio, Provincia Autonoma di Bolzano; dal secondo terzile escluso al valore massimo (0,58-0,98) la Provincia Autonoma di Trento, Campania, Molise, Calabria, Basilicata, Sicilia e

Puglia. Si evidenzia quindi un gradiente Nord-Sud, infatti la maggior parte delle regioni del Sud, si posizionano dopo il 2° terzile e presentano i livelli più alti del tasso.

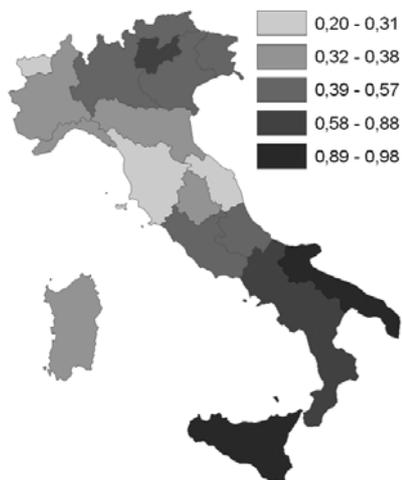
La presenza di gruppi di regioni classificate secondo intervalli di posizione consente un confronto interregionale, teso al miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza territoriale.

**Tabella 1 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per Complicanze a Lungo Termine del Diabete (CLTD) e per regione (tassi per 1.000 residenti) – Anni 2001-2004**

| Regioni               | Tasso standardizzato medio annuo per Complicanze a Lungo Termine del Diabete Mellito (CLTD) (>18anni) |
|-----------------------|---|
| Piemonte              | 0,37  |
| Valle d'Aosta         | 0,30  |
| Lombardia             | 0,44  |
| Bolzano-Bozen         | 0,57  |
| Trento                | 0,58  |
| Veneto                | 0,44  |
| Friuli-Venezia Giulia | 0,39  |
| Liguria               | 0,33  |
| Emilia-Romagna        | 0,34  |
| Toscana               | 0,31  |
| Umbria                | 0,33  |
| Marche                | 0,20  |
| Lazio                 | 0,55  |
| Abruzzo               | 0,52  |
| Molise                | 0,75  |
| Campania              | 0,71  |
| Puglia                | 0,98  |
| Basilicata            | 0,88  |
| Calabria              | 0,79  |
| Sicilia               | 0,94  |
| Sardegna              | 0,38  |
| Italia                | 0,53  |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute – Banca Dati SDO, per i ricoveri. Anni 2001-2004. Banca dati [www.demo.ista.it](http://www.demo.ista.it) per la popolazione. Anni 2001-2004.

Tasso standardizzato medio annuo per complicanze a lungo termine del diabete mellito per regione. Media 2001-2004



### **Raccomandazioni di Osservasalute**

L'attuale pattern epidemiologico, caratterizzato da un aumento della prevalenza delle malattie cronicodegenerative, impone una crescente attenzione alla prevenzione e diagnosi precoce di patologie come il Diabete Mellito e delle relative complicanze.

Il Piano Nazionale della Prevenzione Attiva 2005 pre-

vede l'applicazione a livello regionale di strumenti per una rapida individuazione dei pazienti affetti da diabete, l'iscrizione in appositi registri, l'implementazione dei sistemi informativi, l'attuazione di interventi proattivi e la costruzione di percorsi integrati e coordinati tra assistenza primaria e ospedaliera, proprio allo scopo di prevenire le complicanze di tale patologia. L'analisi dell'indicatore proposto può essere, insieme ad altri di processo ed esito, di supporto alla valutazione delle politiche regionali di disease management del Diabete Mellito, avviate dal 2005 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione Attiva, e delle altre misure organizzative e gestionali nell'assistenza primaria e secondaria.

### **Riferimenti bibliografici**

AHRQ Quality Indicators. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001

Version 3.0a (February 20, 2006). <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (ultimo accesso: 20 aprile 2006).

Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Ildeson-Gnocchi, 2005.

Damiani G, De Belvis A.G., Colosimo S., Sicuro L., Ricciardi G. Politiche sanitarie regionali e modelli organizzativi distrettuali. Evidenze epidemiologiche dai Rapporti Osservasalute. In : Atti del Congresso CARD "Welfare, Devolution, Distretto. Percorsi, continuità delle cure, integrazione sociosanitaria per l'equità dell'accesso, per l'uniformità degli esiti", San Marino, 28/30 Settembre 2006 (in corso di stampa).

Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005.