

Assistenza di base

L'assistenza sanitaria di base ha l'obiettivo primario di promuovere la salute, attraverso attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale diagnosi cura e riabilitazione di primo livello di e pronto intervento. L'offerta riguardante l'assistenza di base è costituita dall'insieme delle prestazioni fornite dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta, dalla guardia medica.

Il Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Sanità rileva le informazioni riguardanti questo sub-livello di assistenza, in particolare i dati esposti in questo paragrafo sono relativi al triennio '96-'98.

Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale ha comportato anche la riorganizzazione complessiva della medicina generale e della pediatria di libera scelta tesa al miglioramento della qualità dell'assistenza e all'uso appropriato dei servizi sanitari.

Tale riorganizzazione trova applicazione attraverso i vigenti accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di **medicina generale** e con i pediatri di libera scelta.

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, il Ssn, conferisce al medico convenzionato per la medicina generale compiti di:

**Medicina generale
e pediatria**

1. Assistenza primaria, anche nell'ambito familiare, impostando un programma diagnostico, terapeutico e riabilitativo facendo ricorso a tutti i supporti che la tecnologia offre;
2. Assistenza programmata a domicilio, nelle residenze protette e nelle collettività rivolta ad anziani, invalidi, ammalati cronici, pazienti dimessi dagli ospedali e pazienti in fase terminale.
3. Continuità assistenziale per garantire la globalità dell'assistenza primaria che si realizza attraverso l'integrazione con gli altri servizi distrettuali ed ospedalieri;
4. Educazione sanitaria ed assistenza preventiva individuale che ha come obiettivi la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettano l'attuazione della prevenzione secondaria;
5. Ricerca, sia in campo clinico sia epidemiologico e didattica, sia nei confronti del personale sia dei colleghi in fase di formazione.

In base alla Convenzione internazionale sui Diritti dell'Infanzia, lo stato riconosce l'infanzia come un bene sociale da salvaguardare e sul quale investire e riconferma che la tutela sanitaria dell'infanzia e dell'adolescenza è un diritto fondamentale ed è uno degli obiettivi specifici proposti dell'OMS.

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, il Ssn, conferisce al medico convenzionato per la pediatria di base compiti di:

1. Assistenza primaria, anche nell'ambito familiare, volta ad un equilibrato sviluppo psico-fisico del bambino tramite interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.
2. Assistenza programmata a domicilio od in strutture territoriali rivolta a bambini disabili o dimessi da strutture di ricovero.
3. Continuità assistenziale per garantire il completamento dell'assistenza primaria, anche in collaborazione con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri.
4. Educazione sanitaria ed assistenza preventiva individuale aventi l'obiettivo di controllare la crescita mediante periodici bilanci di salute, la diagnosi precoce e l'identificazione di fattori di rischio modificabili al fine di attuare la prevenzione secondaria
5. Ricerca, sia in campo clinico sia epidemiologico e didattica, sia nei confronti del personale sia dei colleghi in fase di formazione.

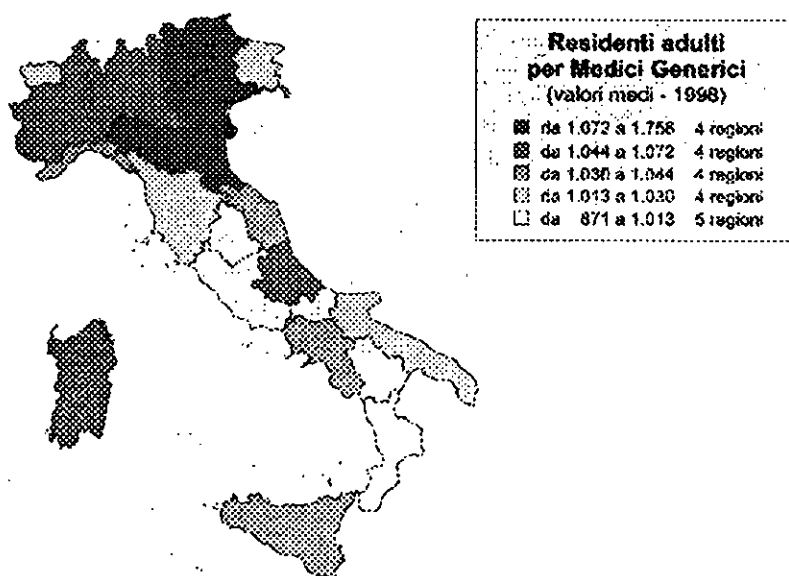
**Tutti
hanno diritto
all'assistenza
sanitaria
di base**

Tutti i cittadini hanno diritto a ricevere l'assistenza sanitaria del medico di base: la scelta del medico generico e del pediatra è fondata su un rapporto di fiducia. Ogni medico generico non può assistere, salvo casi eccezionali, più di 1.500 adulti di età superiore ai 14 anni mentre ogni pediatra di libera scelta può essere scelto al massimo da 800 bambini di età compresa fra i 0 e i 14 anni.

**Assistibili
per medico
di base**

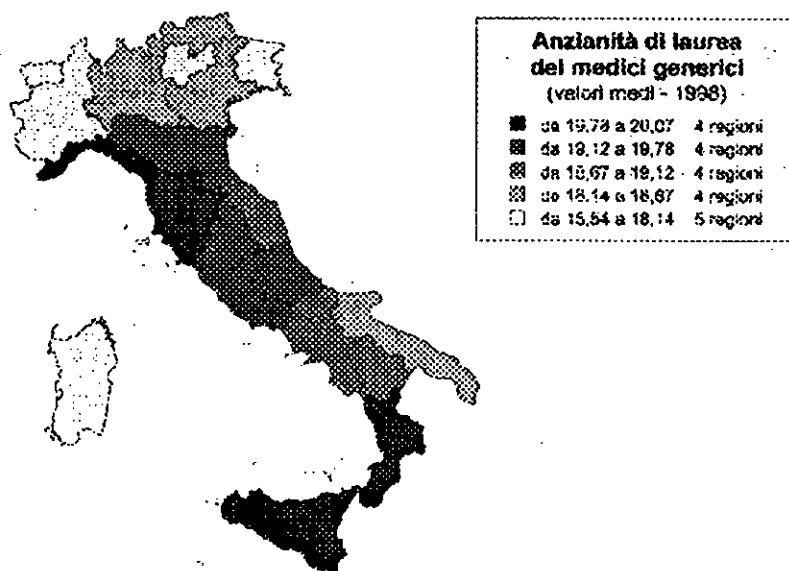
Si evidenziano comunque realtà territoriali in cui il numero di scelte del medico generico comprende quote di assistibili di età inferiore a 14 anni.

Il carico di assistibili per ciascun medico di base nel triennio considerato, a livello nazionale, risulta essere stabile (1.030 assistibili nel 1998 e 1.028 nel 1996) mentre varia notevolmente da regione a regione passando, nel 1998, da un minimo di 871 adulti residenti per medico rilevati nell'Umbria ad un massimo di 1.756 adulti residenti per medico nella P. A. di Bolzano, le regioni per le quali si rilevano gli scarti dal valore medio minori sono la Liguria (1.030), le Marche (1.033) e la Campania (1.036). Si registra, inoltre, nella regione Umbria un notevole decremento, rispetto al 1996, del carico di residenti per medico passando da 1.056 a 871 unità.

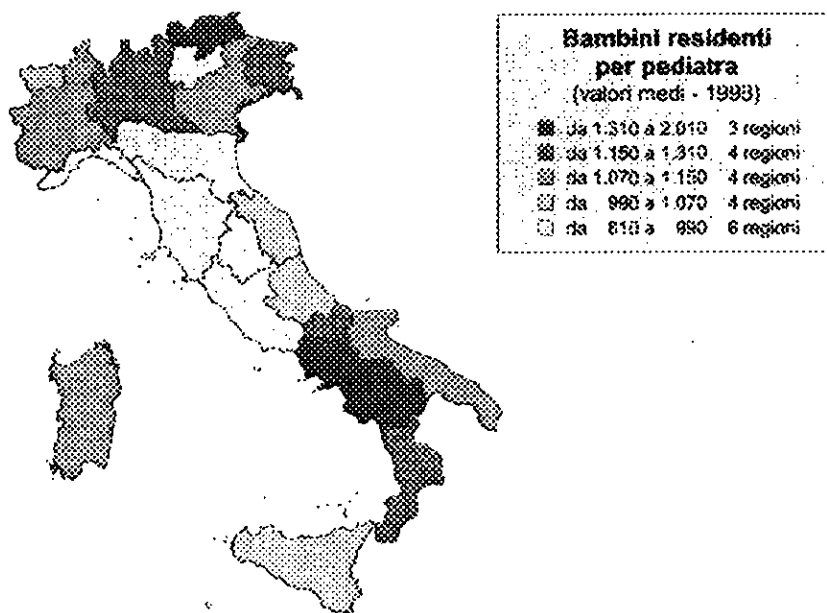


Fonte: SIS

Non si rilevano forti differenze territoriali analizzando l'anzianità di laurea dei medici generici che a livello nazionale è pari a 17,6 anni; le Regioni con i medici più "anziani" sono la Toscana (20,1 anni) e la Liguria (19,9 anni) mentre i medici della P.A. di Trento con un'anzianità media di laurea di 15,5 anni risultano essere i più "giovani".



Fonte: SIS



Fonte: SSI

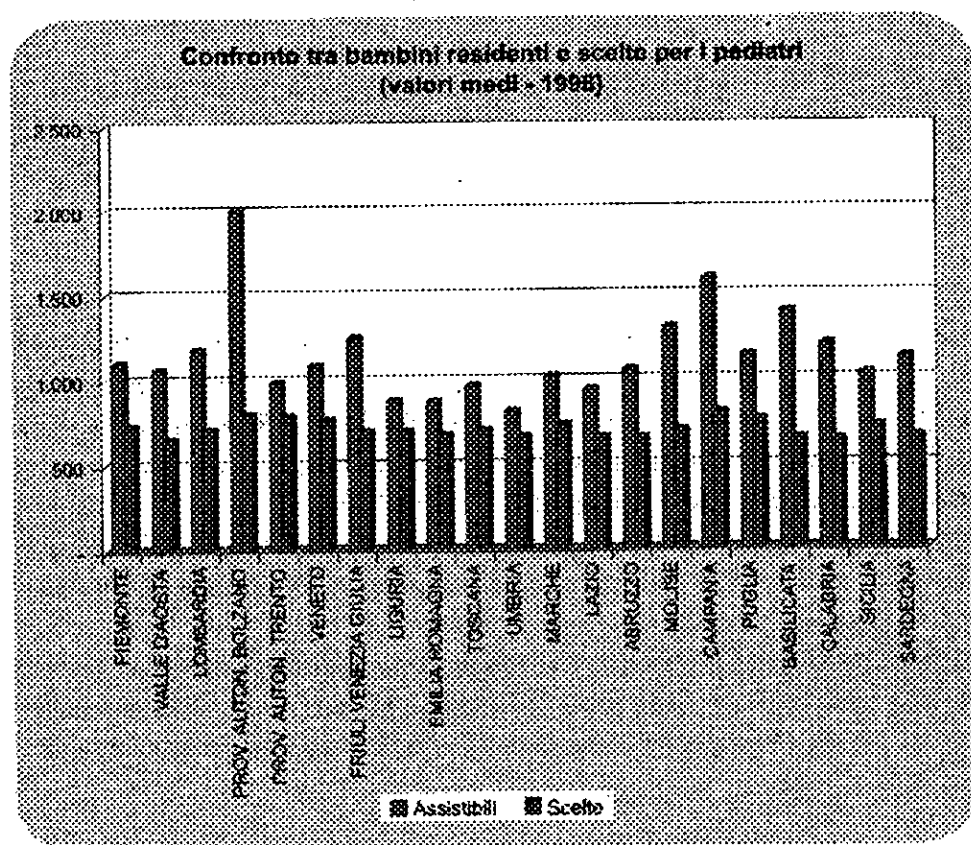
**Bambini
per pediatra**

Per quanto riguarda il numero di bambini per pediatra si osserva nel triennio '96-'98 una crescente disponibilità di medici pediatri per bambino ed in genere una crescita del numero di bambini che scelgono l'assistenza del pediatra di base.

La disomogeneità territoriale del numero di bambini per pediatra risulta comunque ancora più evidente che per la popolazione adulta; infatti, l'intervallo di variazione passa dal valore di 2.03 bambini per pediatra registrato nella P.A. di Bolzano al valore di 819 bambini per pediatra dell'Umbria.

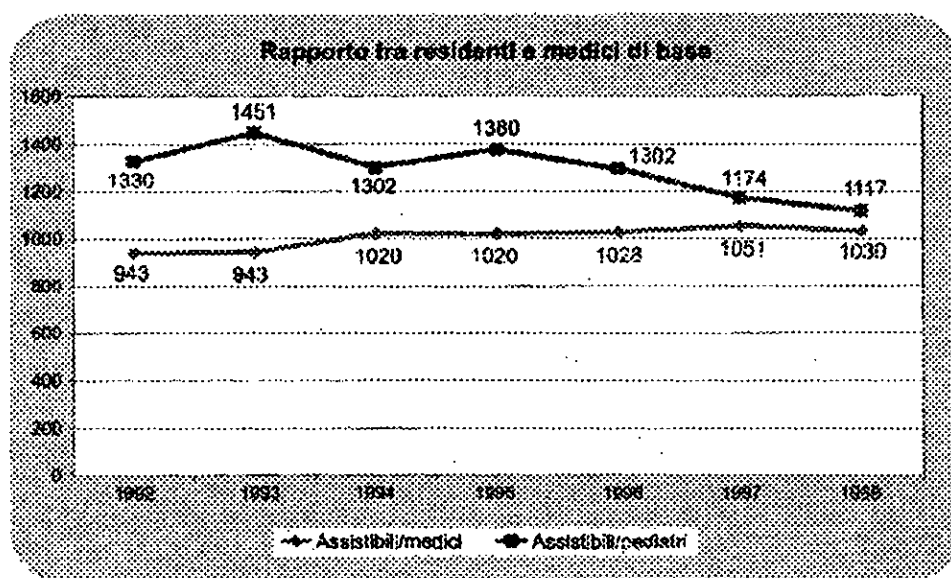
In media, in Italia ogni pediatra di base viene scelto da 721 bambini: la Calabria con 642 scelte per pediatra presenta il valore più basso mentre la Campania, con 807 scelte, quello più elevato.

Si evince che il numero medio di bambini per pediatra è nettamente superiore al numero di bambini effettivamente assistiti dai pediatri, anche se tale scostamento è diminuito significativamente nel triennio considerato. In particolare, tale scarto è molto più evidente nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Centro-Nord con la sola eccezione della P.A. di Bolzano che presenta in assoluto lo scostamento più elevato.



Fonte SIS

Tale fenomeno è da ricondurre in alcuni casi ad un bassa dotazione di medici pediatri che non soddisfa sufficientemente la domanda di prestazioni in questo settore (come ad esempio nella P.A. di Bolzano); in altre realtà territoriali, invece, parte della popolazione infantile che dovrebbe essere assistita dai pediatri di base viene seguita dai medici generici generando degli squilibri che si ripercuotono sulla qualità dei servizi offerti dalla medicina di base.



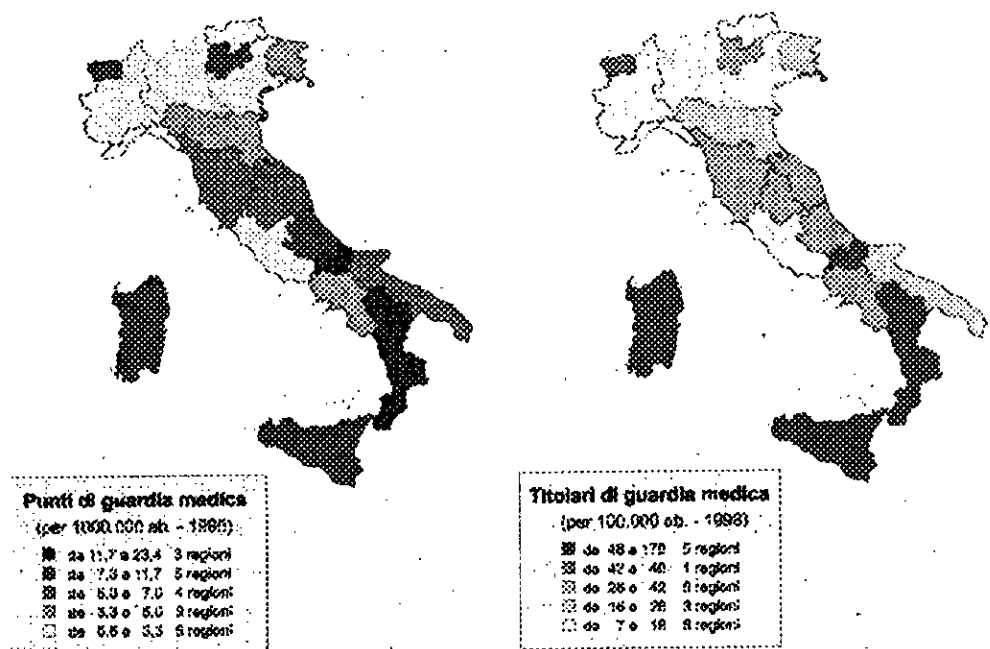
Fonte: S.I.S.

**Guardia medica:
Indicatori di risorse
e di attività**

Il servizio di guardia medica garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana: essa si realizza assicurando interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne, festive e pre-festive. L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche.

Nel 1998 sono stati rilevati in Italia circa 3.000 punti di guardia medica, in media più di 5 ogni 100.000 abitanti, tali valori non si discostano significativamente da quelli registrati nell'anni precedenti.

A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica rispetto alla popolazione sia per quanto concerne il numero di medici titolari ogni 100.000 abitanti.



Fonte: ISTAT

Nelle regioni meridionali, in particolare in Molise, Basilicata e Calabria, si rileva una maggiore presenza di punti di guardia medica e un rapporto più elevato fra medici addetti e popolazione.

A parte la Valle d'Aosta che presenta un numero elevato di punti di guardia medica (oltre 11 ogni 100.000 abitanti) per quasi tutte le regioni dell'Italia Nord-Centrale si registrano valori inferiori alla media nazionale. Tali differenze territoriali sono da ricondurre a diversi fattori come, ad esempio, la diversa distribuzione territoriale delle strutture ospedaliere che risultano essere numericamente inferiori al Centro-Sud rispetto al resto dell'Italia, in rapporto ai rispettivi bacini di utenza, oppure l'incidenza dei flussi turistici che interessano l'intero Paese e che, anche in questo caso, sono diversamente distribuiti.

Assistenza farmaceutica convenzionata

L'assistenza farmaceutica convenzionata consiste nella fornitura di specialità medicinali e preparati galenici utili per la prevenzione o la cura delle malattie; essa rappresenta, nell'ambito dei servizi erogati dal Ssn quella più suscettibile di variazioni poiché è strettamente dipendente dalle disposizioni dettate dalle varie leggi finanziarie.

La normativa vigente prevede la ripartizione dei medicinali in tre fasce:

- la fascia A) comprende i farmaci "essenziali e i farmaci necessari per la cura delle malattie croniche; questi farmaci sono completamente a carico del Ssn ed il cittadino partecipa alla spesa pagando un ticket

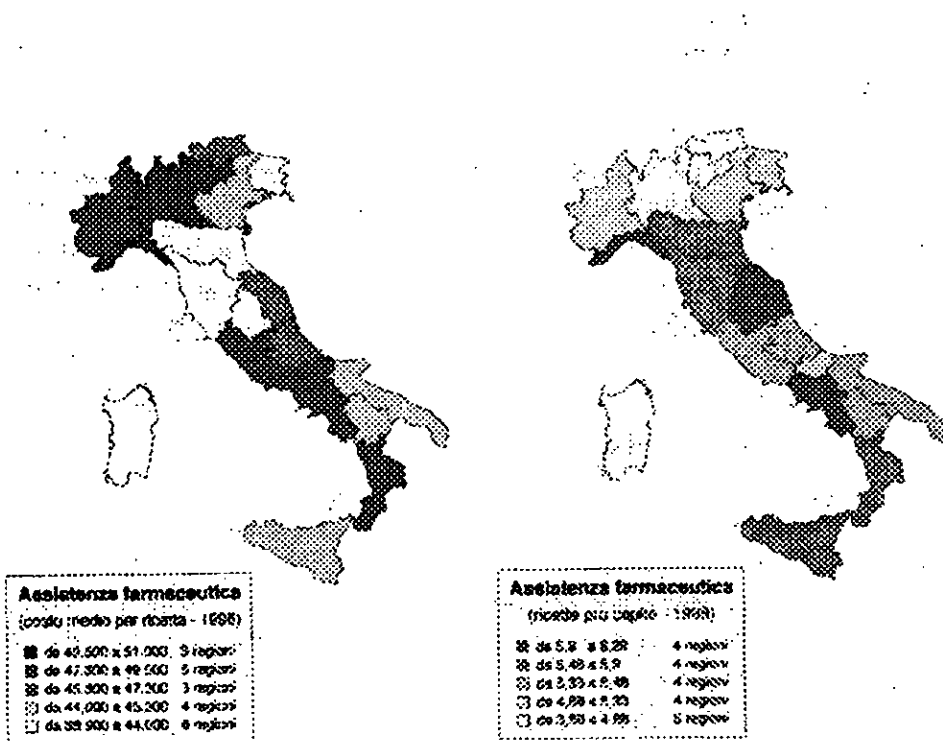
di 3.000 o 6.000 lire.

- la fascia B) comprende i farmaci di "rilevante interesse terapeutico"; tali farmaci sono a carico del Ssn per il 50% del loro prezzo di vendita
- la fascia C) comprende tutti gli altri farmaci che possono considerarsi "di supporto" e che sono completamente a carico del cittadino.

In Italia, mediamente, per ogni cittadino vengono prescritte poco più di 5 ricette l'anno; tale valore passa da un minimo di 3,6 ricette nella P.A. di Bolzano ad un massimo di 6,3 ricette in Umbria.

Il costo medio per ricetta che è di circa 46.300 lire è fortemente variabile all'interno del territorio nazionale, lo scarto massimo ammonta pressappoco a 5.500 lire; in Friuli-Venezia Giulia, per ricetta, si spendono mediamente 51.000 lire, mentre in Emilia-Romagna quasi di 39.000 lire.

Il 1998 ha fatto registrare un aumento del numero di ricette rispetto agli anni precedenti con un conseguente aumento del costo medio per ricetta. Tale fenomeno sembra indicare sia un ridotto effetto delle politiche volte a sensibilizzare gli operatori sanitari ed i cittadini ad un uso più razionale dei farmaci, sia la prescrizione di farmaci dal costo più elevato.



Fonte SIS

3.4.3. Assistenza ospedaliera

Il contesto attuale

L'assistenza ospedaliera garantisce i ricoveri presso gli ospedali pubblici e privati accreditati per il trattamento di condizioni patologiche che richiedono interventi di urgenza o emergenza e per la cura delle malattie acute o di lunga durata che non possono essere trattate in ambulatorio o a domicilio.

Essa è erogata attraverso le seguenti modalità d'accesso: il ricovero di urgenza ed emergenza, il ricovero ordinario programmato anche a ciclo diurno (day-hospital), l'ospedalizzazione domiciliare ed infine il trattamento sanitario obbligatorio.

Tra i servizi offerti dal Ssn la rete ospedaliera rappresenta il settore che maggiormente incide sulla spesa sanitaria complessiva. La riorganizzazione della rete ospedaliera che promuova una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, ma che mantenga, nello stesso tempo, buoni livelli di qualità dei servizi offerti, costituisce un'azione prioritaria.

Molte Regioni hanno già avviato il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera che si esplica attraverso interventi di riconversione di strutture ospedaliere in strutture per la lungodegenza post-acuzie, la riabilitazione, l'assistenza ai malati terminali e in RSA, di trasformazione e/o disattivazione dei posti letto con tasso di occupazione inferiore al 75%.

Altre iniziative riguardano l'organizzazione delle attività a ciclo diurno adeguando la dotazione dei posti letto per day-hospital allo standard nazionale del 10% dei posti letto per acuti, il potenziamento delle attività di ospedalizzazione domiciliare e l'organizzazione delle attività di ricovero in regime libero-professionale. Tra gli interventi di riconversione particolare importanza riveste il superamento degli ospedali psichiatrici previsto dalla Legge 662 del 1996: in tutte le regioni è stata completata l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), con un incremento dei Centri di Salute Mentale (CSM), di punti ambulatoriali, di strutture residenziali e semiresidenziali.

Il Ministero della Sanità ha istituito l'Osservatorio per la tutela della Salute Mentale per verificare il superamento degli istituti psichiatrici residuali e, più di recente, si è costituito un tavolo di coordinamento permanente con le Regioni. Nell'ambito delle attività di riorganizzazione delle strutture ospedaliere finalizzate all'adeguamento agli standard di dotazione dei posti letto e di organizzazione delle attività, dettati dalla normativa nazionale e regionale, si evidenziano ancora degli squilibri: un'eccedenza di posti letto per acuti a fronte di una carenza di quelli per riabilitazione e lungodegenza, un non adeguato ricorso a modalità organizzative alternative al ricovero ordinario (attività a ciclo diurno, ospedalizzazione domiciliare ecc.).

**La riorganizzazione
della rete
ospedaliera**

Gli ospedali pubblici: strutture ed attività

Per il 1998 l'offerta ospedaliera è risultata costituita da 1.381 strutture di cui il 61% pubbliche ed il restante 39% accreditate.

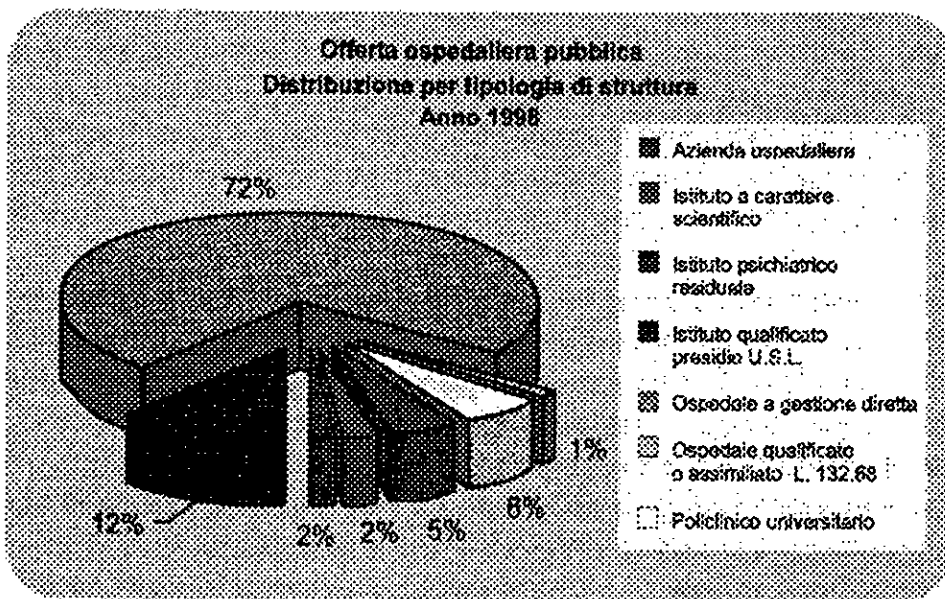
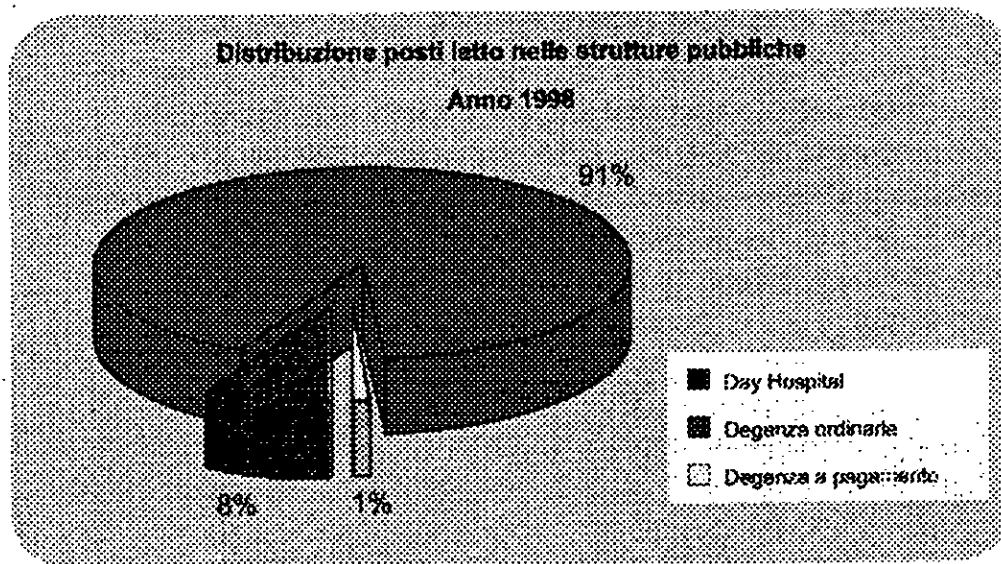


Foto: SIS

Nel triennio '96-'98 si è osservata a livello nazionale una sensibile diminuzione del numero complessivo di posti letto di degenza ordinaria in strutture pubbliche, circa 38.000 unità, con un aumento di circa 3.200 posti letto di day hospital.

In totale, nell'anno 1998, il numero dei posti letto è pari a circa 276.000: il 91% è costituito da posti letto a degenza ordinaria, l' 8% da posti letto di day-hospital ed il restante 1% da posti letto a pagamento.



Fonte SIS

Le Aziende Ospedaliere detengono il 36% dei posti letto totali, mentre gli ospedali a gestione diretta, che rappresentano quasi i 3/4 del totale degli istituti pubblici, circa il 50%.

Nel 1998 i posti letto accreditati di degenza ordinaria ammontano a circa 56.000 unità e la percentuale di posti letto dedicati all'attività di day-hospital è dell'1,5%.

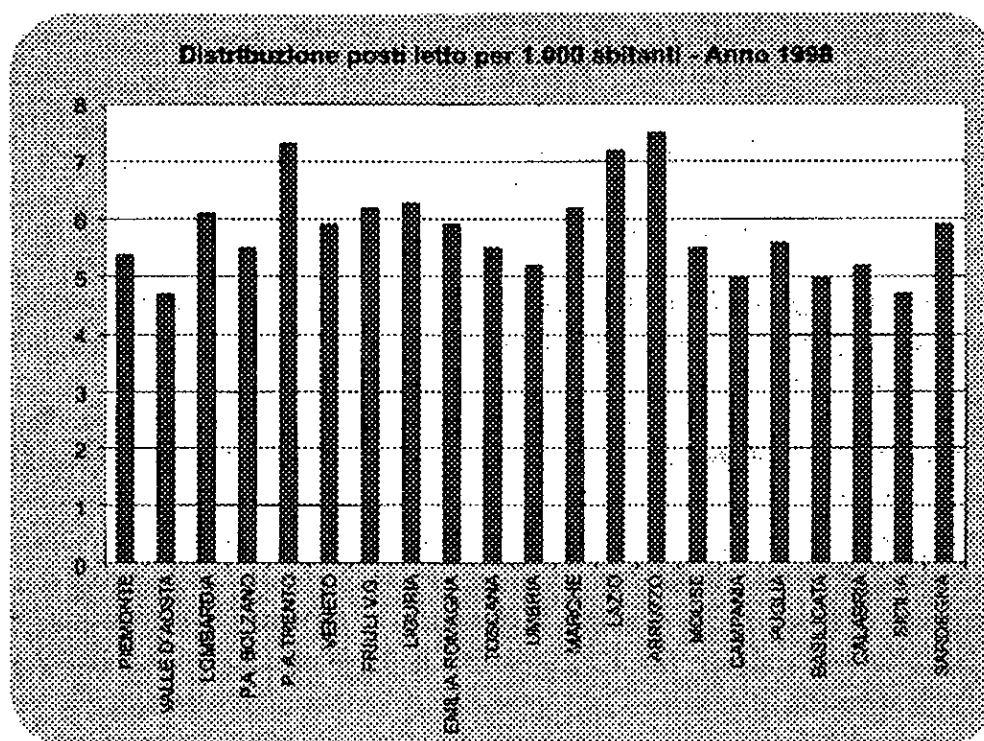
Per una corretta lettura dei dati relativi al settore privato accreditato è necessario ricordare che dal 1997 sono rilevate separatamente le informazioni relative alle strutture private accreditate ex art. 26 L. 833/78. Il nuovo modello di rilevazione denominato RIA oltre a censire le strutture di riabilitazione precedentemente rilevate assieme alle strutture ospedaliere private accreditate, fornisce una visione più ampia dell'attività riabilitativa sia essa erogata in regime residenziale e semiresidenziale che ambulatoriale e domiciliare. Risulta quindi difficile confrontare la dotazione di posti letto privati accreditati del 1998 con quella degli anni precedenti in quanto non comprensiva delle strutture di riabilitazione. D'altra parte con il modello RIA saranno disponibili quelle informazioni che, per la peculiarità del tipo di attività svolta, non sarebbe stato possibile desumere dai modelli di rilevazione dell'attività delle case di cura private. Nel 1998 sono stati censiti con il modello RIA 680 centri di riabilitazione con un ammontare di circa 16.245 posti letto per assistenza residenziale e 10.190 posti letto per assistenza semiresidenziale.

Analizzando l'offerta ospedaliera in relazione alla popolazione italiana si evince che il numero di posti letto totali per 1000 abitanti, nel 1998, è pari a 5,8, in particolare 5,2 sono quelli disponibili per l'assistenza ospedaliera per acuti, mentre 0,6 sono quelli riservati alla riabilitazione e lungodegenza post-acu-

**L'offerta
ospedaliera**

zie. Tali valori si discostano dagli standard fissati dal legislatore (D. Lgs. 502/92, L. 382/96, L. 662/96) che è di 5,5 posti letto per 1000 abitanti di cui l'1 per mille dedicato alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

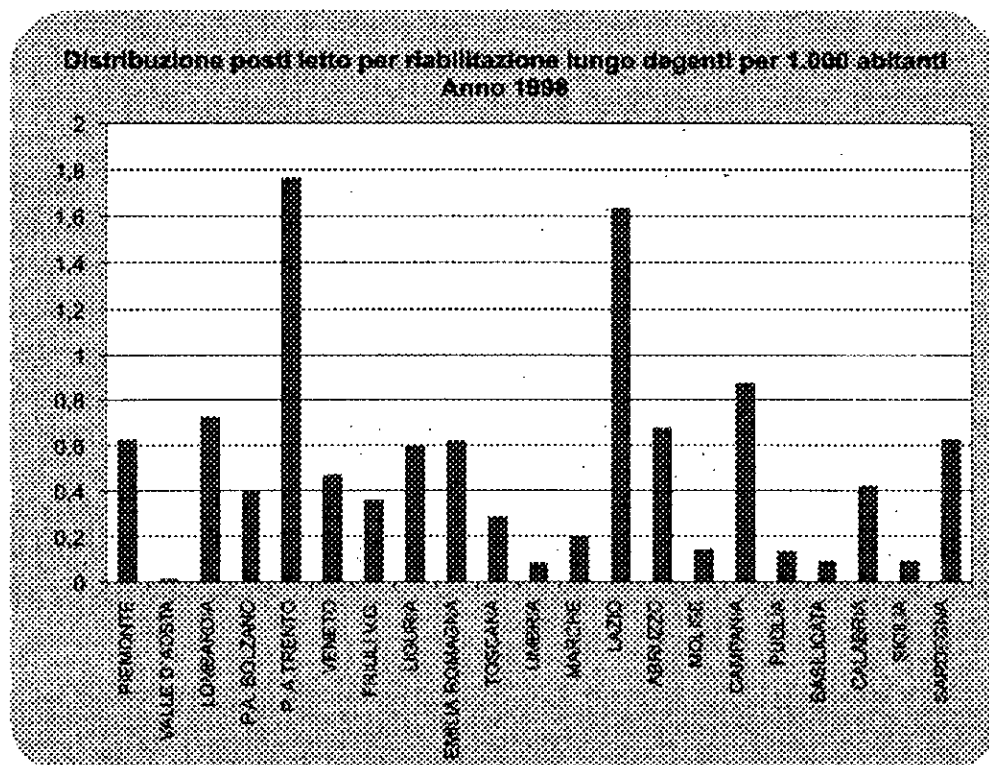
La distribuzione dei posti letto pubblici e privati accreditati per 1000 abitanti risulta piuttosto disomogenea a livello territoriale; le regioni che nel complesso si avvicinano maggiormente agli standard sono il Piemonte (5,4) e la P.A. di Bolzano (5,5) al Nord, la Toscana (5,5) al Centro, il Molise (5,5) e la Puglia (5,6) al Sud.



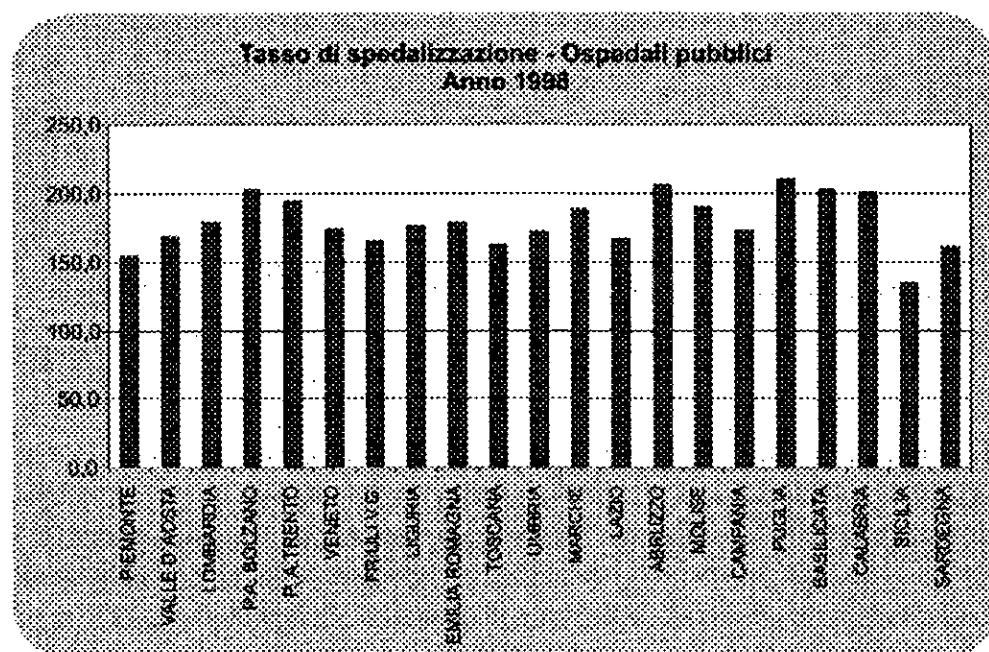
Fonte SIS

Nello stesso tempo, la quota di posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie non è soddisfatta dalla maggioranza delle regioni ad eccezione della P.A. di Trento (1,7) e della regione Lazio (1,6) in cui tale standard viene ampiamente superato.

Un indicatore molto diffuso per l'analisi della domanda ospedaliera è il tasso di spedalizzazione che è fissato in 160 ricoveri in degenza ordinaria per 1000 abitanti (residenti).



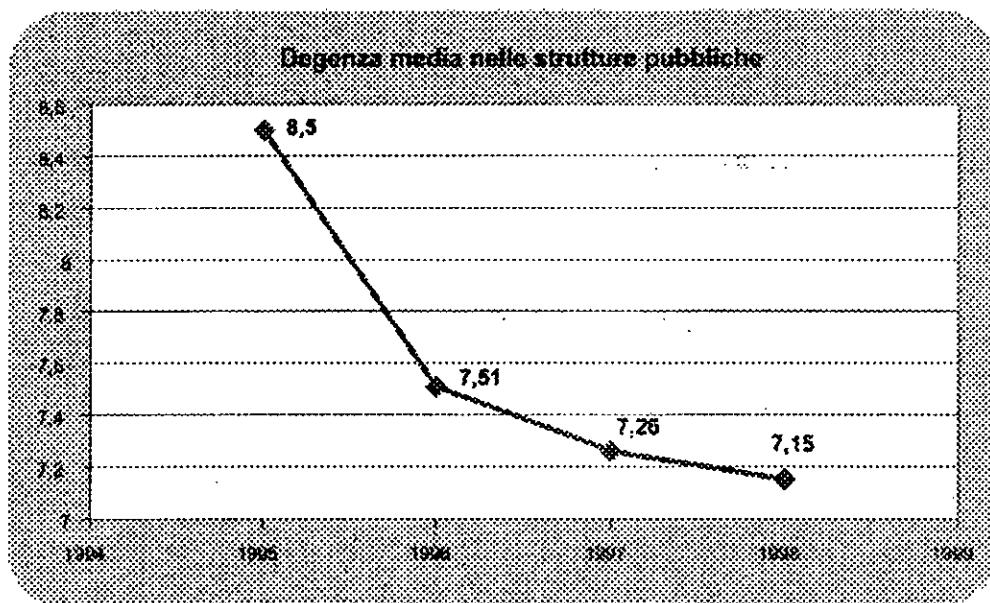
Il valore nazionale rilevato per l'anno 1998 è stato di 174 ricoveri per acuti per 1000 abitanti, valore in diminuzione rispetto al 1996, ma comunque al di sopra dello standard previsto.



**Attività
ospedaliera**

Anche in questo caso si evidenzia una forte variabilità regionale: il Piemonte (154,9), e la Sicilia (135,4) sono le regioni che presentano i valori più bassi nettamente al di sotto del livello considerato ottimale; mentre, per la Puglia e l'Abruzzo si registrano i valori più alti, rispettivamente 210,8 e 206.

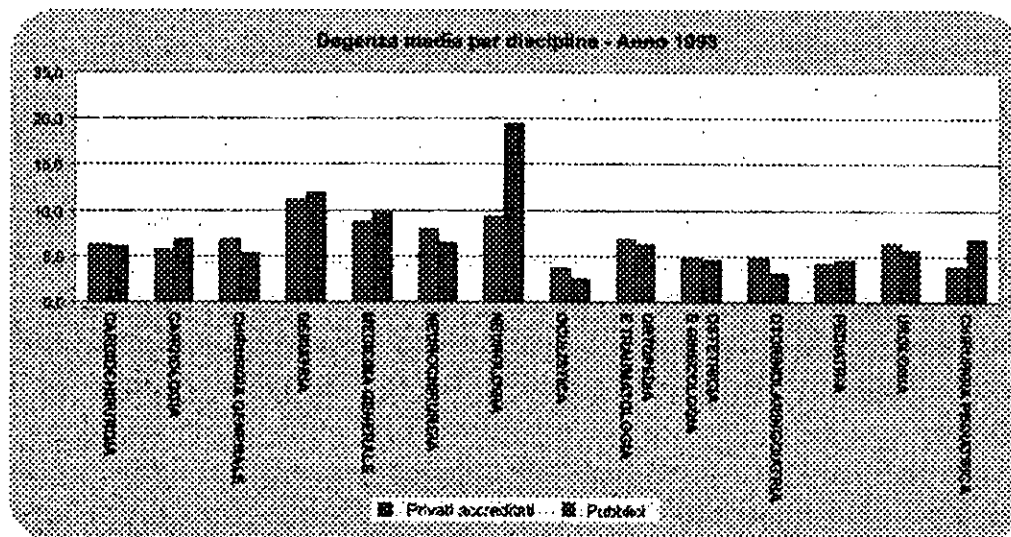
L'analisi dell'attività ospedaliera è stata effettuata considerando le principali discipline che coprono, nel caso degli ospedali pubblici il 75% dei posti letto e l'80% dei degenti, mentre nel caso delle strutture private accreditate il 59% dei posti letto e l'82% dei degenti. Tra queste, le discipline di base (Chirurgia generale, Medicina generale, Ostetricia e ginecologia e Pediatria) rappresentano circa il 47% delle degenze complessive per il settore pubblico e circa il 29% per quello privato accreditato. Nelle figure che seguono sono rappresentati alcuni indicatori quali la degenza media che esprime il tempo espresso in giorni che intercorre tra l'ingresso di un paziente in ospedale e la sua dimissione ed il tasso di utilizzo che esprime in percentuale l'effettiva occupazione nel periodo in esame (un anno) dei posti letto rispetto alla dotazione disponibile.



Fonte: SIS

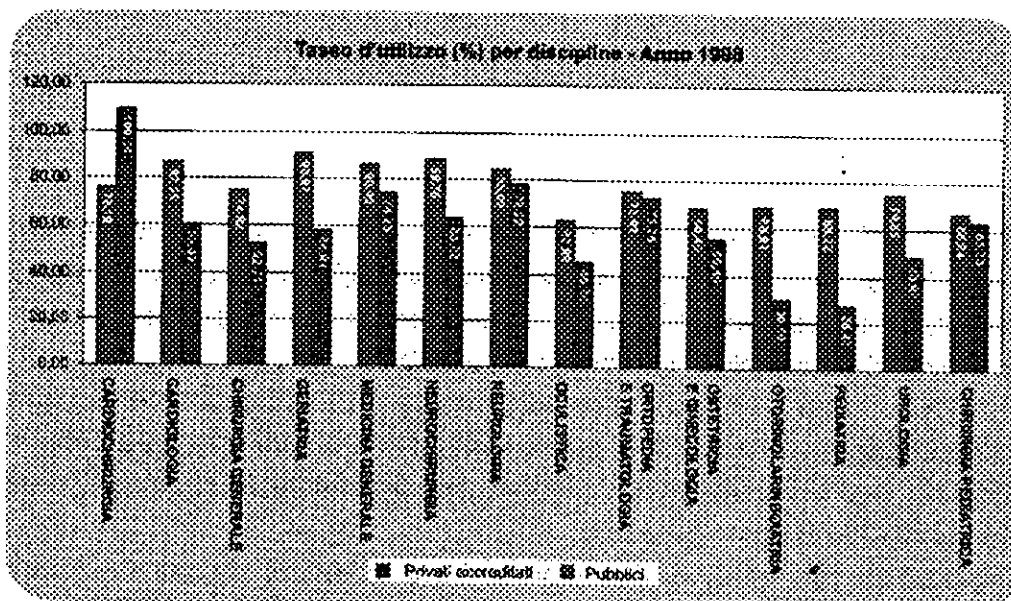
La degenza media è un indicatore che dipende notevolmente dalla disciplina ospedaliera considerata: i valori di degenza media più elevati si riscontrano, sia in ambito pubblico sia privato accreditato, nei reparti di geriatria e neurologia (in modo più accentuato nel privato accreditato), mentre sono, generalmente i reparti di chirurgia pediatrica e di oculistica quelli presso i quali si registrano i valori più bassi di degenza media. Sia nel settore pubblico sia in quello privato accreditato si riscontra, comunque, una lieve diminuzione in tutte le

discipline, eccetto che nei reparti di cardiocirurgia accreditati, della permanenza media in ospedale.



Fonte SIS

Il tasso di utilizzo risulta essere più elevato presso i reparti di geriatria (90,8) e di neurochirurgia degli ospedali pubblici (88,8%) e presso i reparti di cardiocirurgia delle case di cura private accreditate (oltre il 100%).



Fonte SIS

Le Aziende Ospedaliere

**Le Aziende
ospedaliere
hanno acquisito
piena autonomia**

Dal 1 gennaio del 1995 i maggiori ospedali italiani hanno assunto la nuova condizione giuridica di "Aziende Ospedaliere".

Le nuove Aziende hanno mutato il loro aspetto acquisendo piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, pur nell'ambito della programmazione regionale. Esse si pongono in termini attivi e di competizione nei confronti dei cittadini.

Al 30/01/99 le Aziende ospedaliere costituite risultano essere 98; le regioni Lombardia e Sicilia sono quelle che hanno costituito il maggior numero di Aziende (rispettivamente 27 e 17), mentre le regioni che non hanno ancora individuato, tra le strutture ospedaliere esistenti, Aziende ospedaliere sono la Valle d'Aosta, le Province autonome di Trento e Bolzano, l'Abruzzo ed il Molise.

Nell'anno 1998, il totale dei posti letto per degenze ordinarie delle Aziende ospedaliere ammonta a 87.500, mentre i posti letto di day-hospital sono quasi 7.250, con un incremento del 22,5% per i posti letto di degenza ordinaria e del 4,7% per i posti letto di day-hospital rispetto all'anno 1996.

Con riferimento all'attività svolta, è stato effettivamente utilizzato un numero di posti letto (85.000) di poco inferiore a quello dichiarato all'inizio dell'anno (posti letto di anagrafe), mentre le degenze complessivamente registrate sono in totale circa 3.340.000 e sono state effettuate oltre 24.000.000 di giornate di degenza. Il tasso di utilizzo totale è pari a circa l'80% ed il numero medio di giorni di ricovero è di 7,3 giorni.

La mobilità ospedaliera

I dati di mobilità ospedaliera che descrivono il flusso dei pazienti ricoverati in regioni diverse da quelle di residenza sono, dal 1997, ricavati dalla "scheda di dimissione ospedaliera" in quanto è stato eliminato l'apposito modello di rilevazione del movimento migratorio dai flussi informativi.

Per il triennio '96-'98 la mobilità ospedaliera non registra significative variazioni rispetto agli anni precedenti, ovvero si riconferma la tendenza delle popolazioni del Sud a migrare verso le regioni centrosettrionali per accedere ai servizi sanitari di tipo ospedaliero.

Per il 1998 il numero di pazienti trattati in ospedali esterni alla regione di residenza è in media 6,6 ogni 1000 dimessi; a livello territoriale la variabilità è molto elevata: si passa dal valore di 3,7 ricoveri fuori regione per 1000 dimessi della regione Veneto al valore di 25,6 della Regione Basilicata.

Analizzando l'indice di fuga dei ricoveri per la riabilitazione si osserva, a livel-