

Facoltà: Economia

Cattedra: Strategie d'Impresa

TITOLO:

**DAY SURGERY: UN MODELLO STRATEGICO PER LA
RIORGANIZZAZIONE DELL' OFFERTA SANITARIA
NEL TERRITORIO RIMINESE**

RELATORE:

Prof. PAOLO BOCCARDELLI

CANDIDATO:

FRANCESCO VENE'

Matr. 617971

CORRELATORE:

Prof. MARCO DE MARCO

ANNO ACCADEMICO 2009/2010

INTRODUZIONE	4
1) PRINCIPI LEGISLATIVI	10
<i>1. 1) LA TUTELA DELLA SALUTE</i>	<i>10</i>
1. 1. 1) PRINCIPIO COSTITUZIONALE	10
1. 1. 2) BREVE EVOLUZIONE STORICA DEL PRINCIPIO DI TUTELA ALLA SALUTE	12
<i>1. 2) LO STATO COME EROGATORE DI SERVIZI ALLA PERSONA: I LEA</i>	<i>13</i>
1. 2. 1) LA DETERMINAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA CHE DEVONO ESSERE GARANTITE SULL' INTERO TERRITORIO NAZIONALE	14
1. 2. 2) IL PROCEDIMENTO DI DEFINIZIONE DEI LEA	16
1. 2. 3) ARTICOLAZIONE DEI LEA	16
<i>1. 3) EVOLUZIONE STORICA DELLA SPESA SANITARIA IN ITALIA E PREVISIONI PER IL FUTURO</i>	<i>19</i>
1. 3. 1) ANALISI STORICA E SITUAZIONE ATTUALE	20
1. 3. 2) PROIEZIONI FUTURE	22
2) EROGAZIONE DELL' OFFERTA SANITARIA A LIVELLO NAZIONALE:SSN	24
<i>2. 1) IL RAPPORTO STATO-REGIONI</i>	<i>25</i>
2. 1. 1) COMPETENZE LEGISLATIVE TRA STATO E REGIONI	25
2. 1. 2) IL COORDINAMENTO STATO - REGIONI E LA STIPULA DI INTESE ED ACCORDI	26
2. 1. 3) L' AUTO-COORDINAMENTO TRA LE REGIONI	27
<i>2. 2) LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA</i>	<i>28</i>
2. 2. 1) IL PIANO SANITARIO NAZIONALE	28
2. 2. 2) IL PIANO SANITARIO REGIONALE	30
<i>2. 3) L' ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</i>	<i>31</i>
2. 3. 1) I LIVELLI ORGANIZZATIVI	31
2. 3. 2) I SOGGETTI EROGATORI E LE PRESTAZIONI	33
<i>2. 4) L' AFFERMAZIONE DEL PRINCIPIO DI AZIENDALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</i>	<i>37</i>
3) L' ATTIVITA' CHIRURGICA IN DAYSURGERY	41
3. 1) <i>DEFINIZIONE DELL' ATTIVITA' DI DAYSURGERY</i>	42
3. 2) <i>EVOLUZIONE STORICA DELLA DAYSURGERY</i>	45
3. 3) <i>ATTUALI FONDAMENTI NORMATIVI</i>	52

3.3.1)	CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 1° AGOSTO 2002	53
3.3.2)	I REQUISITI MINIMI RICHIESTI ALLE STRUTTURE PER SVOLGERE L' ATTIVITA' DI DAYSURGERY	55
3.4)	<i>ULTIMI SVILUPPI NORMATIVI E PROSPETTIVE FUTURE</i>	59
3.4.1)	CONSIDERAZIONE SUI NUOVI LEA: LE PROBLEMATICHE INERENTI IL TRASFERIMENTO DI ALCUNI DRG DALLA DAYSURGERY ALLA CHIRURGIA AMBULATORIALE	60
3.4.2)	LE PROSPETTIVE FUTURE DELLA DAYSURGERY	61
4)	LA DAY SURGERY IN EMILIA-ROMAGNA	63
4.1)	<i>L' OFFERTA SANITARIA IN EMILIA-ROMAGNA</i>	63
4.1.1)	RAPIDI CENNI ORGANIZZATIVI: LE ASL	63
4.1.2)	PRINCIPALI NORMATIVE DI RIFERIMENTO	64
4.2)	<i>IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA DAY SURGERY IN EMILIA-ROMAGNA</i>	67
4.2.1)	NORMATIVA DI RIFERIMENTO: DGR n°599 DEL 2000	67
4.2.2)	ANALISI DELL' ATTIVITA' DI DAY SURGERY SVOLTA	70
5)	IMPATTO ECONOMICO ED ORGANIZZATIVO NEL TERRITORIO RIMINESE DEL MODELLO DI DAYSURGERY	73
5.1)	<i>CONFIGURAZIONE ED OFFERTA SANITARIA NEL RIMINESE</i>	73
5.1.1)	L' ASL DI RIMINI	73
5.1.2)	OFFERTA SANITARIA TERRITORIALE DI DAY SURGERY	79
5.2)	<i>ANALISI ECONOMICA DELLA DAY SURGERY</i>	83
5.3)	<i>SCENARI FUTURI PER RIORGANIZZARE L' OFFERTA SANITARIA RIMINESE</i>	89
5.3.1)	LA CONVERSIONE OSPEDALIERA	90
5.3.2)	ACCORDO CON STRUTTURE PRIVATE ADIBITE AL SOLO SVOLGIMENTO DELLA DAY SURGERY	92
5.3.3)	ASSEGNAZIONE ALLE CASE DI CURA ACCREDITATE DELL' ATTIVITA' DI DAY SURGERY	93
6)	CONCLUSIONI	96
	BIBLIOGRAFIA	100
	ALLEGATI	104

INTRODUZIONE

L'attuale modello organizzativo sanitario dello Stato Italiano risulta essere, per gli anni a venire, difficilmente sostenibile. Questa denuncia, ormai condivisa negli ambienti di riferimento, rende necessario aprire un tavolo di confronto fra i soggetti coinvolti, istituzionali e non, al fine di individuare, e successivamente implementare, una tempestiva riorganizzazione dell'offerta sanitaria. Tale esigenza nasce da tre differenti motivazioni.

La prima ha carattere sociale: molto importante e certamente da non sottovalutare è l'evoluzione storica che il concetto stesso di salute ha subito nel tempo. Nel 1937 un famoso medico francese, René Leriche, scriveva: «La salute è la vita nel silenzio degli organi». L'accezione che faceva coincidere il benessere con la salute, per lo più fisica, riconducibile approssimativamente ad una condizione di assenza di patologie, ha assunto, nel tempo un significato più ampio, arrivando a coinvolgere tutti gli aspetti dell'essere (fisico, mentale e sociale). All'interno di una struttura ospedaliera, nella quale un paziente viene ricoverato per un trattamento chirurgico, il benessere, inteso come concetto evolutivo di salute, dunque, non deriva più dalla sola abilità del medico nell'effettuare l'attività chirurgica in modo corretto e puntuale, ma si compone anche dell'aspetto relazionale fra medico-paziente e struttura-paziente. Questo rapporto ha assunto negli anni un peso sempre maggiore raggiungendo un'importanza talvolta anche superiore all'intervento chirurgico stesso: la centralità di questa relazione è tale da determinare, oggi, il grado di soddisfazione finale

del cliente per il servizio sanitario ricevuto. Suddividendo la chirurgia in alta, media e bassa complessità, intuiamo come in un qualsiasi ospedale pubblico, dove attualmente si eroga ogni tipo di prestazione, a fronte di un'urgenza non può essere garantito al paziente ricoverato per un intervento chirurgico a bassa complessità quell'attenzione e quelle premure che sono alla base del rapporto relazionale e di conseguenza della soddisfazione del paziente per il servizio ottenuto. Possiamo dunque rilevare come sia necessario distinguere e differenziare, secondo un concetto di maggior specializzazione delle singole strutture sanitarie, l'offerta in base alla complessità chirurgica delle prestazioni mediche.

Il secondo motivo alla base della necessità di riorganizzazione sanitaria deve essere ricercato nell'ambito gestionale. È previsto nei prossimi dieci anni un sensibile aumento dell'attività medico-chirurgica di circa il 40%¹: la veridicità di questa ipotesi è riscontrabile tenendo in considerazione due fatti inopinabili. L'Italia è un paese vecchio, l'età media della popolazione è alta e in continua crescita: naturale conseguenza futura è un consistente incremento della domanda per servizi medico-chirurgici. L'innovazione tecnologica inoltre consentirà, fra qualche anno, di far fronte all'erogazione di nuovi e numerosi interventi chirurgici, garantendo anche il trasferimento di alcune operazioni dall'alta/media complessità a quella bassa. Con queste due considerazioni è facile comprendere come quest'ultima tipologia chirurgica, già ad oggi quella numericamente maggiore, subirà nei prossimi anni un ulteriore consistente aumento: il quantitativo previsto non potrà più essere soddisfatto dalle sole strutture ospedaliere pubbliche, se non tramite ingenti investimenti in strutture, strumenti e personale, cosa ad oggi impensabile. Si rende dunque necessario provvedere ad una riorganizzazione dell'offerta per

¹ Dato fornito tramite intervista diretta dal Dott. Francioni, primario di chirurgia generale presso l'ospedale Infermi di Rimini

la chirurgia a bassa complessità: contratti di collaborazione fra il pubblico e il privato sembrano essere attualmente una strada percorribile.

L'ultimo aspetto da considerare è quello del Welfare. Negli ultimi 50 anni, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è sensibilmente aumentata in tutti i paesi con un'economia e un sistema di welfare avanzato. Negli USA è triplicato, mentre nei paesi europei, Italia inclusa, è più che raddoppiato. La crescita della spesa è dovuta principalmente all'avanzamento delle conoscenze scientifiche e tecnologiche e all'innalzamento delle aspettative di vita. In particolare, nel Bel Paese, uno studio dell'Ecofin, ha stimato un incremento di 3 punti percentuali della spesa sanitaria pubblica nel lungo periodo: si tratta tuttavia di proiezioni incentrate sulla demografia, che tengono conto principalmente dell'invecchiamento della popolazione. Il controllo della spesa sanitaria è dunque una priorità per tutte le economie. "Anche l'Italia è alle prese con un difficile contenimento della spesa sanitaria: a partire dal 2010, il budget della spesa delle regioni sarà di 800milioni. L'Ecofin prevede che nel 2060 la spesa sanitaria pubblica per patologie acute del nostro paese, che oggi rappresenta il 5,9% del PIL, aumenterà del 5,3% (Ocse, Ecofin)". Questi dati fanno trasparire una tendenza di lungo periodo da fronteggiare: sarebbe infatti sbagliato continuare a nascondersi in una difesa ad oltranza dell'attuale sistema sanitario, tenendo anche in considerazione i profondi deficit di bilancio di alcune regioni. Risulta quindi ovvia l'impossibilità, nel nostro paese, di continuare a garantire l'attuale sistema di Welfare, con tutte le prestazioni sanitarie ad ogni singolo cittadino. È dunque necessario procedere a tagli se si vuole evitare il crollo dell'intero sistema, tagli, che certamente non potranno essere effettuati nell'alta complessità, per le quali il cittadino si troverebbe, senza un sistema di assistenza

statale, a far fronte a spese di difficile quantificazione temporale e monetaria: solo nella bassa complessità, i cui costi da sostenere sarebbero sicuramente più modesti, è possibile ottenere un sgravio del Welfare. Per raggiungere questo obiettivo è però necessario istituire un sistema di cooperazione tra pubblico e privato, in grado di garantire tagli sui costi della sanità pubblica e soprattutto pari efficacia ed efficienza nel trattamento al paziente.

Abbiamo detto in precedenza che la chirurgia può essere divisa in tre distinti livelli in base al grado di complessità: alta, media e bassa. Attraverso l'analisi di queste tre motivazioni comprendiamo come la riorganizzazione del sistema sanitario italiano debba cominciare da una separazione, a livello di strutture, fra la chirurgia ad alta/media complessità e quella a bassa complessità. Questo rappresenterebbe però solo un primo passo, inutile se non si provvedesse poi al trasferimento di quest'ultima, tramite accordi contrattuali, dalle ASL locali alle strutture sanitarie private presenti sul territorio. L'esclusione, o quanto meno la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, di alcune prestazioni in bassa complessità dall'attuale sistema di Welfare, garantirebbe infine, un importante sforzo volto al riequilibrio economico dei bilanci regionali e della spesa sanitaria in genere.

La bassa complessità può essere comunemente svolta in regime di Day Surgery (attività operatorie che richiedono tempi di ricovero per il paziente inferiori alla singola giornata) o in chirurgia ambulatoriale (attività operatoria che non richiede nessuna forma di ricovero). In ambito pubblico, la DS in Italia viene essenzialmente erogata secondo un modello tradizionale con posti letto dedicati all'interno di reparti ospedalieri di degenza, anche se, in questi ultimi anni, sono sorti reparti intra-ospedalieri con degenza, sale operatorie e personale dedicati. Una crescente attenzione, oggi, viene rivolta alla possibilità

di esternalizzare in apposite strutture territoriali procedure chirurgiche a bassa complessità. Il decentramento dell' attività di DS presso strutture extra-ospedaliere, oltre all' attivazione di tavoli di confronto fra enti pubblici (Stato, Ministero, Regioni e ASL) e società scientifica, volti a definire specifici standard qualitativi e quantitativi con opportune normative in parte già esistenti e in parte in discussione, richiede un' attenta analisi di fattibilità strategica, organizzativa, economica e finanziaria dal punto di vista sia delle singole ASL locali, che delle strutture private pronte a recepire la domanda del mercato.

Lo scopo dello studio si muove dunque nell' ottica di una partnership pubblico-privata con le ASL al fine di superare la vecchia concezione di assistenza e sperimentare un' organizzazione flessibile e personale, basata su livelli graduali di intensità in relazione ai diversi bisogni dei pazienti. Il fine ultimo è di studiare come, a parità di efficacia e sicurezza per il paziente, sia possibile, tramite l' erogazione di questi servizi da parte di strutture extra-ospedaliere, raggiungere una maggiore assistenza ai pazienti affetti da patologie minori, riducendo i tempi delle liste d' attesa e i costi di gestione per l' ASL locale, che potrebbe quindi impiegare le risorse risparmiate in un' ottica di maggior qualificazione e specializzazione della chirurgia a media-alta complessità.

L' elaborato verrà suddiviso in cinque capitoli principali: descriveremo inizialmente il principio Costituzionale del Diritto alla tutela della Salute e il ruolo dello Stato come erogatore dei servizi alla persona, osservando poi rapidamente come il peso della spesa sanitaria si sia evoluto negli ultimi 10 anni. Successivamente ci focalizzeremo sull' attuale organizzazione dell' offerta sanitaria a livello nazionale: quindi il rapporto Stato-Regioni in materia

sanitaria. Entreremo poi nel vivo del documento definendo cos' è la Day Surgery, qual è stato il suo sviluppo storico, quali sono i principi normativi e i modelli organizzativi alla base di questa soluzione. Continueremo la nostra analisi monitorando più da vicino l' attuale situazione in Emilia-Romagna. Nel quinto capitolo ci concentreremo infine sul contesto Riminese. Osserveremo prima di tutto come il modello di Day Surgery venga attualmente applicato nella provincia romagnola: sulla base delle valutazioni che ne scaturiranno e di un analisi economica volta ad indagare l' effettiva efficacia di tale sistema organizzativo, porremo, in un ottica di medio-lungo periodo, differenti ipotesi per una completa attuazione della Day Surgery a Rimini. Effettueremo infine le debite conclusioni.

I PRINCIPI LEGISLATIVI

1.1) LA TUTELA DELLA SALUTE

1.1.1) PRINCIPIO COSTITUZIONALE

Articolo 32 - Costituzione

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

L’ art. 32 definisce la tutela della salute come “fondamentale diritto dell’ individuo e interesse della collettività” e assicura espressamente “cure gratuite agli indigenti” . Il diritto è definito fondamentale: ciò per sottolineare l’ essenzialità del medesimo per la persona.

Con la legge del 28 Dicembre 1978, n.833 (e le successive: legge del 23 Ottobre 1992, n. 421 e il seguente d.p.r. del 30 Dicembre 1992, n. 502) si è provveduto ad assicurare la protezione per l’ intera popolazione senza distinzioni alcuna: le attività essenziali sono svolte tramite il Servizio Sanitario Nazionale e mediante un’ apposita

pianificazione triennale; alle regioni è demandato il compito della definizione di piani sanitari regionali. Le unità sanitarie locali, presenti a livello comunale, si occupano dell' erogazione del servizio di cura e assistenza.

Il secondo comma dell' articolo in questione asserisce che la legge può determinare trattamenti sanitari obbligatori con l' importante limitazione per la quale “non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana” . La carta costituzionale ha quindi dato la precedenza all' esigenza di protezione dell' interesse collettivo alla salute delle popolazioni, potendo la legge, imporre cure anche ai dissenzienti in vista della soddisfazione di un superiore interesse della società: la legge incontra comunque limitazioni del rispetto della persona.

Dall' art. 32 della Costituzione deriva dunque il diritto fondamentale dell' individuo ad essere curato, anche se le relative prestazioni sanitarie non debbono essere tutte necessariamente a titolo gratuito (le quali invece spettano, per dettato costituzionale, soltanto ai cosiddetti “indigenti”).

Dunque l' espressione “diritto alla salute” che deriva da questo principio costituzionale ormai consolidato, racchiude al suo interno un' insieme di situazioni giuridiche soggettive importanti: il diritto all' integrità psico-fisica, quello ad un ambiente salubre, il diritto ad ottenere prestazioni sanitarie, alle cure gratuite per gli indigenti nonché il diritto a non ricevere prestazioni sanitarie, se non quelle previste obbligatoriamente per legge, a tutela oltre che della persona del destinatario, di un interesse pubblico della collettività.

1.1.2) BREVE EVOLUZIONE STORICA DEL PRINCIPIO DI TUTELA ALLA SALUTE

Dall' unificazione dell' Italia sino al termine della seconda guerra mondiale la tutela della salute fu concepita principalmente come la tutela della salute collettiva ponendo grande enfasi ai profili igienico-sanitari. Proprio per tale motivazione la tutela della salute del singolo non aveva riconoscimento di "res publica". Le attività pubbliche inerenti alle condizioni igienico-sanitarie erano inseriti nella più ampia nozione di polizia locale e, conseguentemente, svolte sia dal Ministero dell' interno, sia dall' apparato periferico dell' amministrazione costituito dai prefetti, dai sottoprefetti nonché dai Sindaci.

L' entrata in vigore della Costituzione e dell' art. 32 modificò completamente lo scenario analizzato, introducendo il principio della salute come oggetto di tutela da parte della Repubblica (insieme e complesso dei poteri pubblici). Da un punto di vista pratico, si poneva quindi il problema di unificare sia i soggetti volti al governo del servizio pubblico sanitario, sia il sistema delle prestazioni mediche, superando dunque la precedente nozione ormai non più corrispondente ai nuovi canoni costituzionali. Anche lo sviluppo della medicina e la nuova concezione di salute (intesa come assenza di malattia e complessivo stato di benessere psicofisico) comportavano l' obbligo di un rinnovamento degli strumenti istituzionali e organizzativi.

Nacque quindi il principio della "sanità pubblica", riferito sia all' insieme delle prestazioni o degli interventi pubblici volti a soddisfare esigenze sanitarie, sia agli apparati amministrativi e alle procedure necessarie per erogare quelle prestazioni e attuare tali interventi. Solo con la legge del 23 dicembre 1978, n. 833, che istituì

il Servizio Sanitario Nazionale (di cui parleremo nel seguente capitolo), si è assistito alla messa in pratica di un modello del sistema sanitario teso al superamento della frammentazione che comunque fino a quel momento aveva resistito. Le successive modifiche alla legge n. 833, per quanto importanti, non hanno inciso sul nucleo essenziale del sistema e dei suoi principi di fondo quali la responsabilità pubblica della tutela della salute; universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari; globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza; finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale; “portabilità” dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.

Possiamo quindi concludere che l’ art 32 della Costituzione ha rappresentato una forte innovazione e, al tempo stesso, una rottura rispetto al passato, configurando la salute come fondamentale bene unitario della persona, la cui tutela è appunto garantita dalla Costituzione, anche se la sua effettività in concreto dipende dai mezzi e dalle risorse messi a disposizione dallo Stato, dalle regioni e dagli altri soggetti che operano in questo settore.

1.2) LO STATO COME EROGATORE DI SERVIZI ALLA PERSONA: I LEA **- (Livelli Essenziali di Assistenza)**

Il nostro ordinamento riconosce quindi, tramite l’ articolo 32 della Costituzione, la tutela della salute come un diritto primario che deve essere garantito a ogni singolo cittadino. Il perseguimento di tale finalità impone allo Stato centrale il ruolo di erogatore del servizio sanitario alla persona, ruolo, svolto tramite il Servizio sanitario nazionale: complesso delle funzioni e delle attività assistenziali

svolte dai servizi sanitari regionali, dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale e dallo Stato, volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana (art. 1 del D.Lgs. 502/1992). Il governo del sistema sanitario, tuttavia, come si vedrà nel capitolo seguente, è esercitato in misura prevalente da Stato e Regioni, secondo la distribuzione di competenze stabilita dalla recente revisione della Carta costituzionale e dalla legislazione in materia.

Il nucleo centrale dell'organizzazione e del funzionamento del Servizio sanitario nazionale è rappresentato dal concetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Essi rappresentano la tutela della finalità obiettivo di equità sociale necessario per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, di mantenimento e di recupero della salute e, inoltre, devono essere appropriati alle specifiche esigenze di salute e alle modalità di erogazione. In sintesi, i LEA sono le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è obbligato ad assicurare a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale: esiste tuttavia, uno standard minimo di interventi che le istituzioni devono garantire a prescindere dai costi, compromettendo altrimenti fatalmente la sfera giuridica soggettiva che il principio costituzionale ha voluto tutelare in riferimento al bene salute.

1.2.1) LA DETERMINAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA CHE DEVONO ESSERE GARANTITE SULL'INTERO TERRITORIO NAZIONALE

Fin dal 1978, con la legge istitutiva del SSN, è stato dato incarico allo Stato centrale il compito di definire i livelli delle prestazioni che devono essere garantite ai singoli individui, in ottemperanza ai principi di equità ed universalità. I LEA devono essere

redatti rispettando cinque principi sostanziali: la dignità della persona umana; il bisogno di salute; l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria; la qualità ed appropriatezza delle cure, con riguardo alle specifiche esigenze; l'economicità nell'impiego delle risorse.

La definitiva attribuzione, anche a livello costituzionale, del principio di competenza statale nella definizione dei livelli essenziali delle prestazioni inerenti ai diritti civili e sociali è avvenuta con la recente riforma del Titolo V della Costituzione. La logica intrinseca di questo concetto organizzativo risiede nel perseguimento dell'obiettivo della garanzia dell'omogeneità nel godimento dei diritti fondamentali sull'intero territorio nazionale. In virtù di tale principio, spetta al Ministro della salute, previa consulta della Conferenza Stato-Regioni, e con regolamento adottato di concerto con il Ministro dell'economia, fissare gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, quantitativi, di processo e possibilmente di esito inerenti ai livelli essenziali di assistenza. Con identica procedura, spetta inoltre al Ministro della salute precisare le classificazioni di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. L'attività ministeriale è inoltre volta a definire e rendere operativi parametri comuni di misurazione e di verifica inerenti all'accessibilità e alla qualità dei livelli essenziali di assistenza erogati sull'intero territorio nazionale.

Quanto al livello di erogazione e garanzia dei livelli essenziali di assistenza, tutti i livelli territoriali sono coinvolti nella loro attuazione: in particolare, è attraverso le unità sanitarie locali, avvalendosi anche delle aziende ospedaliere e dei soggetti privati erogatori accreditati, che le Regioni assicurano i livelli essenziali di assistenza.

1.2.2) IL PROCEDIMENTO DI DEFINIZIONE DEI LEA

I livelli essenziali di assistenza vengono definiti tramite decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell' economia e delle finanze, d' intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Questo procedimento nasce dall' intesa tra lo Stato e le Regioni descritto nel primo decreto organico di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", successivamente recepito ex-lege, con la puntualizzazione che eventuali e successive modifiche ai livelli essenziali dovranno essere definite sempre con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Come appena spiegato i LEA non possono essere considerati immutabili, anzi, è necessario procedere a continui aggiornamenti al fine di garantire servizi sanitari conformi sia all' evolversi delle condizioni di salute della popolazione che allo sviluppo delle conoscenze scientifiche e allo sviluppo tecnologico. In quest' ottica è attribuito sempre al Ministero, insieme alle Regioni, il compito di promuovere l' aggiornamento periodico dei LEA.

1.2.3) ARTICOLAZIONE DEI LEA

Tre sono i livelli di offerta dei LEA:

✓ **l' assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro:** il primo livello di assistenza è costituito dalle attività e dalle prestazioni erogate per la promozione della salute della popolazione. Sono incluse attività di prevenzione per l' individuo (vaccinazioni e screening), la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari negli ambienti di vita e dai rischi infortunistici e

sanitari connessi con gli ambienti di lavoro, la sanità pubblica veterinaria e la tutela igienico-sanitaria degli alimenti. La struttura operativa dell'azienda USL preposta alla tutela della salute è demandata al Dipartimento di prevenzione;

✓ l' **assistenza distrettuale**: il secondo livello di assistenza comprende le attività, i servizi sanitari e sociosanitari diffusi in tutto il territorio: medicina di base, assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi.

✓ l' **assistenza ospedaliera**: il terzo livello include prestazioni fornite in regime ordinario e in day hospital o day surgery, sia nelle discipline per acuti, sia per la riabilitazione e la lungodegenza. Sono inoltre comprese le attività svolte in pronto soccorso e gli interventi di ospedalizzazione domiciliare. Le regioni assicurano l' assistenza ospedaliera sfruttando presidi direttamente gestiti dalle aziende sanitarie locali, ospedali, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché degli altri soggetti accreditati.

L' articolazione dei LEA, definiti con decreto, indicano anche l' insieme di prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale non fornisce o perché queste prestazioni non hanno come scopo ultimo la tutela della salute, o perché la loro efficacia non è fortemente comprovata in ambito scientifico o, ancora, perché i loro benefici in rapporto al costo risulta pesantemente sfavorevole:

✓ **le prestazioni totalmente escluse dai LEA**: ci riferiamo a interventi di chirurgia estetica, circoncisione rituale maschile, medicine non convenzionali, vaccinazioni eseguite in occasione di soggiorni all' estero, certificazioni mediche demandate per un interesse privato (escluse quelle per la riammissione a scuola o al lavoro e quelle per l' attività sportiva effettuata nell' ambito della scuola),

alcune prestazioni di fisioterapia ambulatoriale richieste per problemi transitori o di scarso rilievo.

✓ **le prestazioni parzialmente escluse dai LEA:** servizi che potranno essere erogati ai cittadini solamente nel rispetto di una duplice condizione: il rispetto per il principio dell'appropriatezza clinica (ovvero che la specifica prestazione sia tale per cui produca un reale beneficio alla salute del paziente) e organizzativa (ovvero che il regime di erogazione della prestazione scelto sia quello più efficiente in rapporto alle caratteristiche dell'intervento ed alle condizioni del paziente). Spetta al Ministero della salute e/o alle Regioni, con successivi accorgimenti, indicare le condizioni ed i casi nei quali il Servizio sanitario nazionale si farà carico degli oneri inerenti all'erogazione di tali prestazioni.

✓ **le prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza:** interventi e procedure "ad alto rischio di inappropriatelyzza" (organizzativa), cioè interventi frequentemente svolti in regime di ricovero ordinario quando, per la loro relativa semplicità di esecuzione, potrebbero essere eseguiti in DayHospital, (modalità organizzativa di assistenza ospedaliera non invasiva nella quale il paziente rimane nella struttura solo il tempo necessario per accertamenti, esami o terapie, in genere per mezza giornata o una giornata, senza occupare il posto letto), o in DaySurgery, (criterio gestionale che prevede procedure diagnostiche invasive con annessa occupazione di posto letto per una durata inferiore alla singola giornata), o ancora in regime di chirurgia ambulatoriale (prestazione operatoria invasiva che non richiede, per il paziente, alcuna forma di ricovero). In questi casi, generalmente, spetta alle Regioni individuare un "valore percentuale/soglia di ammissibilità" ed adottare gli interventi opportuni per ricondurre il numero dei ricoveri entro la soglia stabilita.

1.3) EVOLUZIONE STORICA DELLA SPESA SANITARIA IN ITALIA E PREVISIONI PER IL FUTURO

Il principio universalistico fissato dall' articolo 32 della nostra Costituzione che garantisce l' accesso a tutti gli individui, cittadini e non, alle prestazioni sanitarie definite dai LEA, e istituzionalizzate tramite periodici aggiornamenti con DPCM, inducono senza dubbio alcuno a una riflessione sul peso che la fornitura di questi servizi hanno nel bilancio statale.

Nei Paesi OCSE ("Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico" , di cui fa parte anche l' Italia), si osserva in media, una partecipazione nella spesa sanitaria da parte dello stato di circa il 73%² della spesa totale: il dato varia fortemente tra i diversi Paesi, anche in funzione della tipologia di sistema sanitario adottato. I sistemi a Servizio Sanitario Nazionale, in particolare, si collocano tendenzialmente al di sopra della media OCSE (es. Norvegia 83,6%, Danimarca 84,1%, Regno Unito 87,3%), ad eccezione però dei Paesi dell' Europa mediterranea come Spagna (71,2%), Portogallo (70,6%) e soprattutto Grecia (61,6%). L' Italia si posiziona a livello intermedio con una spesa pari al 77,2%. I Paesi con sistemi ad assicurazione sociale obbligatoria, invece, fanno in genere registrare una quota di spesa pubblica vicina alla media OCSE (Canada 70,4%, Austria 76,2%, Germania 76,9%). E' però importante sottolineare come anche nei paesi che adottano un sistema sanitario "privatistico" come gli USA, la quota pubblica sia comunque elevata (48,8%). L' importante partecipazione degli enti pubblici alla contribuzione della spesa sanitaria chiarisce la forte apprensione dei policy maker circa la

² I dati presenti in questo paragrafo e in quelli successivi di questo capitolo sono stati in parte gentilmente forniti dal Dott.Plumbo di Terni e in parte ricercati sul sito del Sole 24 Ore (relativi link presenti in bibliografia)

sostenibilità della spesa stessa, soprattutto in Paesi che, come il nostro, si caratterizzano per un debito pubblico elevato.

Analizzando più precisamente l' impatto della sanità sul prodotto interno lordo, si può notare che i Paesi dell' OCSE abbiano speso mediamente negli ultimi anni circa il 9,0% del PIL: nel 1991 tali valori s' attestavano a circa il 7,2% del PIL. Sostanzialmente, nell' arco temporale di quindici anni si è assistito ad un importante incremento della spesa sanitaria, non solo in termini nominali, ma anche in rapporto al PIL: la ragione principale deve essere ricercata nei fattori quali l' invecchiamento della popolazione, lo sviluppo delle tecnologie, l' incremento delle aspettative da parte dei cittadini.

1.3.1) ANALISI STORICA E SITUAZIONE ATTUALE

La situazione italiana è stata caratterizzata da un rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL ben precisa: nella prima metà degli anni novanta è diminuita passando dal 6% al 5,2% stabilizzandosi poi nella seconda metà del decennio, a partire dal 2000, tale rapporto ha subito un continuo e sostanziale aumento. Dall' inizio del millennio nel quale si è assistito ad una spesa di circa 88.907 milioni di euro si è giunto nel 2008 ad un importo pari a 106.650 milioni d' euro, che, secondo i dati ISTAT, ha portato il rapporto "spesa sanitaria pubblica/PIL" ad un ammontare pari al 6,8%. La crescita della spesa si è realizzata di pari passo con l' avanzamento della frontiera delle conoscenze scientifiche e tecnologiche e con l' innalzamento dell' aspettativa di vita. Tale analisi deve però essere ben contestualizzata poiché le necessarie esigenze di contenimento della spesa sanitaria italiana, sono dovute non tanto all' entità della spesa stessa, quanto alla situazione complessiva della finanza pubblica: questo è il paradosso della politica sanitaria italiana che andremo molto velocemente ad analizzare, considerando prima, la situazione di spesa a livello regionale e, successivamente, i dati OCSE riferiti al 2009-2010.

Dal 2003 al 2009 le ASL e gli ospedali hanno accumulato un disavanzo superiore a 30 miliardi di euro. La Lombardia ha fatto segnare un risultato positivo di oltre 207 milioni, in un ridottissimo drappello di regioni con i conti in regola insieme a Friuli Venezia Giulia (+121 milioni) e alla provincia di Bolzano. Il Lazio invece presenta oltre 10 miliardi di rosso, che, assieme a Campania (5,6) e Sicilia (3,4), formano un disavanzo totale di 18,3 miliardi. Bisogna però sottolineare che in questo arco temporale sette regioni (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Liguria, Sardegna) hanno goduto di una integrazione speciale di 6,5 miliardi rispetto alle attribuzioni annuali del Fondo sanitario nazionale. Il maggior incasso è andato al Lazio con 3,4 miliardi, seguito da Campania (1,46) e Sicilia (700 milioni). In sostanza dal 2003 al 2009 sono stati stanziati alle regioni quasi 630 miliardi di euro con un disavanzo che ha complessivamente toccato il 5% delle assegnazioni: bisogna comunque far presente che vi sono le classiche differenze locali. Lombardia, Friuli e Bolzano sono riusciti a far quadrare il bilancio regionale nella voce spesa sanitaria, il resto d'Italia no.

Questa situazione di pericoloso disavanzo stona tuttavia con le ultime rilevazioni dell' OCSE dalle quali apprendiamo che la spesa sanitaria pro-capite dell'Italia è sotto la media dei paesi industrializzati: 8,7% del Pil, contro l'8,9 per cento e, nel 2007, è ammontata a 2.868 dollari contro la media Ocse di 2.984. Il Sistema sanitario nazionale nostrano garantisce quindi una buona copertura sui servizi di base. La penisola è 19esima su 30 paesi nei costi procapite e 16esima sull'incidenza delle spese della sanità rispetto al Pil.

Quanto detto rappresenta, come abbiamo in precedenza definito, il paradosso della politica sanitaria italiana, nella quale le esigenze di contenimento sono dovute non tanto all'entità della spesa stessa, quanto alla situazione complessiva della finanza pubblica.

1.3.2) PROIEZIONI FUTURE

Descritto il quadro storico e quello attuale, ci accingiamo a considerare il probabile scenario futuro. Il controllo della spesa sanitaria è comunque una priorità per tutte le economie e anche l'Italia è alle prese con il suo difficile contenimento. La premessa da sottolineare è rappresentata dal fatto che tagli non sembrano in questo momento facilmente attuabili, ed è chiaro, quindi, che l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil è destinata a salire, a meno che non vengano presi provvedimenti strutturali. In generale possiamo affermare che fra le voci di spesa sanitaria, la parte del leone la fanno il personale con un ammontare pari a circa il 34% della spesa totale, i beni e gli altri servizi rappresentano il 27% seguiti dalla spesa farmaceutica con il 13%. Quanto alle spese accreditate e convenzionate, gli ospedali rappresentano circa il 9% della spesa totale, la medicina generale il 6%, l'assistenza il 4% così come la specialistica.

Documento imprescindibile con cui cominciare per l'analisi delle proiezioni di spesa futura è, senza dubbio alcuno, il "Patto della salute per il triennio 2010-2012". Il Patto per la Salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la **qualità** dei servizi, a promuovere l'**appropriatezza** delle prestazioni e a garantire l'**unitarietà** del sistema. Nella seduta del 3 dicembre 2009 è stato siglato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il Nuovo Patto per la Salute 2010 - 2012. Da parte sua, lo Stato si impegna ad assicurare **104.614 milioni di euro** per l'anno 2010 e **106.934** milioni di euro per l'anno 2011, un incremento del 2,8%; per l'anno 2012 e saranno ovviamente le regioni ad avere il compito di

assicurare l' equilibrio **economico finanziario** della gestione sanitaria, in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

Ponendoci infine in un ottica di lungo termine, uno studio effettuato dell' Ecofin (con il termine Ecofin si indica il Consiglio Economia e Finanza costituito dall' insieme dei Ministri dell' Economia e delle Finanze dei 27 stati membri della Unione europea riuniti in seno al Consiglio dell'Unione europea), prevede che nel 2060 in Italia la spesa sanitaria pubblica acute che oggi rappresenta 115,9% del Pil - aumenterà del 5,3 per cento, mentre, la crescita attesa nei paesi dell'Unione a 27 è del 6,3%. Se si considera inoltre la spesa sanitaria nel suo complesso (pubblica e privata), secondo l' Ocse, in Italia l'incidenza sul Pil è appena superiore all'8%, molto al di sotto dell'11% di Francia e Germania. Certamente questi dati mostrano come la situazione ipotetica futura del nostro paese sia relativamente migliore rispetto ai partners europei, ma questo non deve ingannare e distogliere lo sguardo dalla problematica principale: questi dati fanno trasparire una tendenza da affrontare, che sarebbe sbagliato nascondere in una strenua difesa dell' attuale modello di assistenza sanitaria. Congelando infatti l' attuale modello sanitario, assieme ai suoi elevati costi di mantenimento necessari, per raggiungere nel 2050 l' obiettivo definito dal trattato dell' UE di un debito pubblico pari al 60% del PIL, l' Italia, partendo dall' attuale condizione del 121%, dovrebbe essere in grado di realizzare avanzi primari attualmente irrealistici e continuamente crescenti, sino a superare il 10%.

Proseguiremo lo studio guardando da vicino, nel prossimo capitolo, come, a livello nazionale, viene erogata l' offerta sanitaria sul nostro territorio: definiremo l' attuale organizzazione del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

EROGAZIONE DELL' OFFERTA SANITARIA A LIVELLO NAZIONALE: SSN

In Italia la tutela della salute è, come già detto, un diritto fondamentale dell'individuo d' interesse della collettività. L' articolo 32 della Costituzione garantisce il soddisfacimento di questo diritto attraverso il Servizio sanitario nazionale, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Istituito con legge n.833 del 1978, il SSN italiano ha carattere universalistico e solidaristico, fornisce quindi assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro. I principi fondamentali portanti sono:

- responsabilità pubblica della tutela della salute;
- universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari;
- globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza;
- finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale;
- "portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.

Il SSN assicura pertanto l' accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure e economicità nell'impiego delle risorse. Ai cittadini è riconosciuta la libera scelta del luogo di cura

e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate.

Studieremo, in questo capitolo, l'offerta sanitaria italiana analizzando in principio il rapporto Stato-Regioni nell'ottica delle competenze riconosciute dalla carta costituzionale all'erogazione di tali servizi e, successivamente, osserveremo i livelli di organizzazione e i soggetti erogatori che compongono il SSN.

2.1) IL RAPPORTO STATO-REGIONI

2.1.1) COMPETENZE LEGISLATIVE TRA STATO E REGIONI

In base al "principio di sussidiarietà" costituzionale, la carta fondamentale definisce un'articolata distribuzione di competenze fra Stato e Regioni, organizzando il servizio sanitario secondo diversi livelli di responsabilità e di governo:

A livello centrale lo Stato ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute tramite la determinazione dei Livelli essenziali di assistenza. In precedenza abbiamo osservato come i LEA vengano definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. La Corte costituzionale ha recentemente ribadito e riconosciuto allo Stato "il potere di fissare la quantità, la qualità e la tipologia delle prestazioni cui tutti gli utenti hanno diritto nell'intero territorio nazionale. Nel porre tali livelli essenziali, lo Stato ha facoltà di dettare norme di principio o di dettaglio, avendo cura di operare con legge le scelte di carattere generale, all'interno delle quali la legge stessa deve stabilire

«adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori» .

La tutela della salute è una materia che rientra fra le competenze concorrenti affidata alle Regioni. Quest' ultime hanno l' onere di realizzazione diretta del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. In particolare hanno competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato).

2.1.2) IL COORDINAMENTO STATO-REGIONI E LA STIPULA DI INTESE ED ACCORDI

La recente riforma del Titolo V della Costituzione ha formalizzato il principio della leale collaborazione che oggi, probabilmente, rappresenta una necessità "di sistema" che opera trasversalmente all' intero nuovo assetto delle competenze. L' importanza della leale collaborazione deriva dal fatto che permette, da un lato, di compensare la tutela degli interessi degli enti territoriali nelle dinamiche giurisprudenziali volte a porre in primo piano l' intervento statale, dall' altro, di fornire un mezzo per raggiungere un nuovo assetto unitario frutto dell' interazione paritetica tra tutti i soggetti istituzionali del sistema. A livello operativo è poi comunque riconosciuto un certo grado di indipendenza nella determinazione delle forme strutturali e procedurali in cui la leale collaborazione esplica le sue conseguenze.

Dalle più recenti statistiche troviamo conferma di come, il numero degli atti proposti e successivamente adottati di concerto dai

diversi livelli istituzionali secondo il criterio della leale collaborazione, abbiano segnato, dagli anni '90 ad oggi, una tendenza di costante e progressiva crescita: atti di cui la metà circa ha attinenza con la materia sanitaria.

Ed è proprio in questo settore, per il livello di decentramento e per l'importanza degli interessi in gioco, che il forte bisogno di coinvolgimento fra i distinti livelli territoriali, ha portato alla costituzione della Conferenza Stato-Regioni, la quale, oltre all'abituale attività consultiva e al rilievo politico delle intese stipulate, sta assumendo un ruolo istituzionalmente sempre più forte. La comprovata importanza politica di queste iniziative trova appunto conferma nell'orientamento a recepire, con continui atti normativi formali, il contenuto degli accordi o delle intese sancite internamente alla Conferenza.

2.1.3) L'AUTO-COORDINAMENTO TRA LE REGIONI

Spetta alla Commissione salute, formata dagli assessori regionali competenti per materia, spesso assieme alla Commissione Bilancio per gli elementi di carattere finanziario, definire una prima istruttoria tecnico-politica sui punti all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni, giungendo alla formulazione di una posizione comune. Per l'elaborazione di tale attività istruttoria, la Commissione salute si avvale del personale tecnico-dirigenziale delle diverse Giunte regionali; speciali regole di alternanza tra le diverse Regioni sono previste anche nello svolgimento delle funzioni di Presidenza e segreteria delle singole commissioni. La posizione comune concordata nella commissione di area viene sottoposta al vaglio della Conferenza dei Presidenti, che si riunisce subito prima della seduta della Conferenza Stato-Regioni. Dato il carattere duale della Conferenza Stato-Regioni, lo stratificato processo decisionale che si svolge nella Commissione salute e poi alla Conferenza dei Presidenti contribuisce a

promuovere un confronto stabile tra le diverse Regioni sui temi sanitari di comune interesse. Tale processo cooperativo orizzontale finisce per favorire la stessa decisionalità delle Conferenze Stato-Regioni in ambito sanitario: proprio mediante la realizzazione di accordi orizzontali che le Regioni riescono a valorizzare la loro posizione contrattuale nel raffronto verticale con lo Stato. Proprio questa propensione delle Regioni allo sviluppo di forme e procedure preventive di decisione orizzontale contribuisce a garantire anche un certa misura di solidità politica per le decisioni prese dalla Conferenza in ambito sanitario, poiché s' incoraggia un nuovo profilo di politica territoriale che senza dubbio alcuno può rappresentare un valore aggiunto ai fini dell' unitarietà della politica sanitaria sull' intero territorio nazionale.

2.2) LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Il rapporto Stato-Regioni si estrinseca anche nell' attività di pianificazione e programmazione sanitaria. Il Servizio sanitario nazionale è caratterizzato da un sistema di programmazione sanitaria, disciplinata dall'art. 1 del D.Lgs. n. 502/1992, che si articola nel Piano sanitario nazionale e nei Piani sanitari regionali.

2.2.1) IL PIANO SANITARIO NAZIONALE

A livello statale, il principale strumento di pianificazione è il Piano sanitario nazionale. Viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della salute, previo parere (obbligatorio ma non vincolante) delle competenti commissioni parlamentari e delle confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, tenuto conto anche delle proposte provenienti dalle Regioni. Ha validità immediata e durata triennale: viene adottato dal Governo entro il 30 novembre dell' ultimo

anno di vigenza del Piano precedente. Durante i tre anni in cui è in vigore può essere modificato. In sintesi il Piano sanitario nazionale definisce:

- ✓ le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;

- ✓ i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;

- ✓ la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;

- ✓ gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale;

- ✓ progetti obiettivi, adottati dal Ministro della salute con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;

- ✓ le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;

- ✓ le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;

- ✓ le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della

pratica clinica e assistenziale e di assicurare l' applicazione dei livelli essenziali di assistenza;

✓ i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

2.2.2) IL PIANO SANITARIO REGIONALE

Il Piano sanitario regionale definisce l' insieme delle azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi di salute e per il corretto funzionamento dei servizi sanitari volti al soddisfacimento delle specifiche necessità della popolazione regionale, in riferimento anche agli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

Tutte le Regioni, entro e non oltre 50 giorni dalla data di entrata in vigore del PSN, devono adottare o adeguare i propri Piani sanitari regionali previo parere obbligatorio della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale la quale può opporre osservazioni in merito. La Conferenza garantisce inoltre la partecipazione sia delle autonomie locali in sede di programmazione, sia delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici/privati, sia delle strutture private accreditate dal SSN. Le regioni e le province autonome devono poi inviare al Ministro della salute i rispettivi progetti dei piani sanitari al fine di ottenere il nulla osta per quanto attiene la coerenza dei medesimi con gli orientamenti definiti dal Piano sanitario nazionale: il Ministro della salute esprime il proprio parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell' atto, sentita l' Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Nel caso in cui la regione risulti inadempiente in materia di istituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, è previsto l' intervento sostitutivo del Ministro della salute che risulta efficace fino al momento in cui gli organi regionali competenti non abbiano provveduto a far fronte delle

loro mancanze. Nel caso in cui invece la regione non abbia adottato il P.S.R., trascorso un anno dall' approvazione del P.S.N., è previsto un meccanismo sostitutivo che consente al Consiglio dei Ministri (previa fissazione di un termine almeno trimestrale, su proposta del Ministro della salute, sentita l' Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, d' intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome) di surrogarsi alla stessa regione per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale. Analogo procedimento è previsto nell' ipotesi in cui la regione risulti gravemente inadempiente nella realizzazione degli obiettivi previsti in atti di programmazione aventi rilievo e applicazione nazionale o interregionale, adottati con le procedure dell' intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di Conferenza unificata Stato-Regioni.

2.3) L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Da un punto di vista prettamente amministrativo, il Servizio sanitario nazionale è organizzato su tre distinti livelli che cooperano per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel Piano sanitario nazionale e in quello regionale. Numerosi sono poi i soggetti che svolgono tali servizi. Analizzeremo quindi, nei successivi paragrafi, tutti questi aspetti al fine di rendere completa l' analisi dell' erogazione dell' offerta sanitaria a livello nazionale.

2.3.1) I LIVELLI ORGANIZZATIVI

Il primo livello è costituito dagli organi del Governo centrale: il Parlamento, il Governo in carica e il Ministero della Salute. Al Parlamento spetta l' incarico di emanare leggi nazionali riguardanti la

salute, mentre il Governo è incaricato di elaborare il Piano sanitario Nazionale: documento nel quale sono riportate le linee guida dell'azione del governo sulla sanità e salute. Infine il Ministero della Salute ha competenza di indirizzo, programmazione ed esecuzione della politica e della attività sanitaria.

Il secondo livello è costituito dal Governo regionale. Esso possiede autorità in materia sanitaria, nel proprio territorio di competenza, sia nel campo legislativo sia in quello amministrativo. Le Regioni, infatti, sono dotate di considerevoli competenze e ampie autonomie nell'erogazione ed organizzazione dell'assistenza sanitaria: redigono i piani sanitari regionali in relazione a quello nazionale, sono responsabili in via esclusiva dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari, sono direttamente impegnate ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni descritte nei LEA sulla base delle esigenze specifiche del territorio nazionale. Come precedentemente osservato, attraverso la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome consente, alle Regioni è consentito di prendere parte alle scelte del Governo nelle materie di comune interesse e di approfondire le questioni politico-amministrative più rilevanti.

L'organizzazione del SSN viene infine completata dalla presenza di un governo territoriale. Il territorio regionale è diviso in aree geografiche definite distretti sanitari: per ciascun distretto sono costituite le ASL, le aziende ed i presidi sanitari. Le Aziende Sanitarie Locali sono enti muniti di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, e provvedono ad organizzare l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale e ad erogarla tramite strutture pubbliche o private accreditate: sono infatti chiamate a svolgere tutte le mansioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e medicina

legale, provvedendo principalmente all' erogazione e all' organizzazione dell' assistenza medico generica e specialistica, all' assistenza pediatrica, igiene ambientale e degli alimenti, medicina scolastica. Le ASL, che sono in tutto **195**, garantiscono, in sostanza, tutte le prestazioni fissate a livello nazionale dai LEA.

2.3.2) I SOGGETTI EROGATORI E LE PRESTAZIONI

2.3.2.1) I SOGGETTI EROGATORI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:

Il Servizio sanitario nazionale garantisce, nel rispetto di precisi standard, l' integrazione tra soggetti erogatori pubblici, privati e privati senza scopo di lucro. Dunque i soggetti erogatori privati vengono valutati a tutti gli effetti attori del SSN in quanto le regioni garantiscono assistenza sanitaria sfruttando non solo i presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ma anche dei soggetti accreditati (strutture autorizzate, pubbliche ed equiparate, strutture private lucrative e non lucrative e professionisti che ne facciano richiesta) nel rispetto degli accordi contrattuali. Tale scelta stata operata dal legislatore del 1998-99, il quale ha definito dei criteri relazionali tra soggetti erogatori privati e SSN individuandoli nelle autorizzazioni, nell' accreditamento istituzionale e negli accordi contrattuali.

2.3.2.2) LE AUTORIZZAZIONI:

Le autorizzazioni rappresentano il requisito essenziale per l' apertura e l' esercizio delle attività sanitarie: sono riferite sia alla realizzazione di strutture, sia all' esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie. Si applicano alla costruzione di nuove strutture, all' adattamento di strutture già esistenti e alla loro

diversa utilizzazione, all' ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento a tali situazioni:

1) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;

2) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;

3) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno;

4) quanto all' autorizzazione all' esercizio di attività, anche studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, nonché le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

Relativamente all' autorizzazione per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie, il comune, esercitando le proprie funzioni, ne autorizza la costruzione previa verifica di compatibilità del progetto da parte della regione: compatibilità, che viene valutata tenendo in considerazione il fabbisogno complessivo e la localizzazione territoriale delle strutture già operanti nella regione. Per l' ottenimento dell' autorizzazione viene comunque richiesto il possesso di requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi che spetta alla regione stessa predefinire.

2.3.2.3) L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE:

L' accreditamento istituzionale costituisce il presupposto per l' esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale, ma l' ottenimento dell' accreditamento non comporta di per sé

nessun accordo automatico inerente la remunerazione delle prestazioni erogate, per la quale infatti, si potrà accedere esclusivamente tramite accordi contrattuali. L'accreditamento è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche ed equiparate, alle strutture private lucrative e non lucrative e ai professionisti che ne facciano richiesta, in presenza di ulteriori requisiti di qualificazione, della funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e della verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Per le nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture già esistenti, l'accreditamento può essere accordato, provvisoriamente, per il tempo necessario alla valutazione del volume di attività svolte e della qualità dei suoi risultati, ma l'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento. Compito di ogni Regione è la definizione di requisiti aggiuntivi necessari per l'ottenimento dell'accreditamento istituzionale, la determinazione del procedimento e i termini per il relativo rilascio.

2.3.2.4) GLI ACCORDI CONTRATTUALI:

Gli accordi contrattuali permettono alle strutture che hanno ricevuto l'accreditamento di sostenere l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale acquistando quindi la qualifica di erogatori del pubblico servizio sanitario. La relativa disciplina è di competenza legislativa regionale, che:

a) definisce la ripartizione delle responsabilità tra la struttura privata accreditata e l'ASL competente per territorio per la definizione e la verifica del rispetto degli accordi contrattuali;

b) emana indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determina il piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;

d) individua i criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

Le regioni e le aziende sanitarie locali, per mezzo di tali accordi contrattuali, non possono comunque porre a carico del Servizio sanitario nazionale un ammontare di attività superiore a quello definito dalla programmazione nazionale, anche nel caso in cui la capacità produttiva sia maggiore al fabbisogno definito in sede di programmazione. Nell'eventualità di superamento di tale limite è prevista la revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso proporzionalmente al contributo che le strutture pubbliche ed equiparate, le strutture private non lucrative e le strutture private lucrative apportano nel superamento della soglia definita.

2.3.2.5) REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:

I trattamenti ospedalieri, sia in regime di ricovero sia in regime di day hospital, sono remunerati in base a tariffe predefinite (Diagnosis Related Groups: DRG): è un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate. Questo metodo consente dunque di quantificare l'assorbimento di risorse per differenti tipologie d'intervento: si tratta di un ammontare globale predeterminato di denaro individuato negli accordi contrattuali e determinato basandosi sulle attività fino a quel momento svolte. Il Ministro della salute, sentita l' Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, d' intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e

le province autonome, individua, con apposito decreto, le prestazioni o i servizi da remunerare e le relative tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate che hanno stipulato i sopracitati accordi contrattuali. I compensi sono determinati basandosi sui costi standard di produzione e sulle quote standard dei costi generali, calcolati campionando un' insieme rappresentativo di strutture accreditate selezionate seguendo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza.

2.3.2.6) I CONTROLLI:

Le regioni, le ASL e le aziende ospedaliere devono svolgere anche attività di vigilanza e controllo sul corretto ed efficace utilizzo delle risorse: la verifica avviene prendendo come parametro di riferimento i valori standard nazionali o locali relativi alla qualità, all' appropriatezza, alla accessibilità ed ai costi. Le schede di dimissione ospedaliere sono, in tal senso, documenti di essenziale importanza per garantire l' efficacia dei suddetti controlli inerenti la corretta gestione delle attività sanitarie.

2.4) L'AFFERMAZIONE DEL PRINCIPIO DI AZIENDALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L' aziendalizzazione, attinente al SSN, risale al riordino del 1992. Tale principio, riguardante i soggetti erogatori pubblici del SSN, ha riconosciuto nella struttura aziendale la forma caratteristica di gestione sanitaria. La mission delle aziende sanitarie è, come già in precedenza osservato, quello di garantire l' erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria per conto della Regione. Le aziende ospedaliere, a differenza delle ASL, erogano soltanto prestazioni

specialistiche, ospedaliere e di riabilitazione e non hanno un ambito territoriale di riferimento e di utenza predeterminata.

Con la razionalizzazione del 1998-1999, la conferma della personalità giuridica di diritto pubblico delle aziende sanitarie è seguita dall'assorbimento delle sei autonomie originariamente previste (organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale, tecnica e contabile) nell'unica e specifica autonomia imprenditoriale. Tre erano le principale esigenze del legislatore: ribadire la natura di aziende pubbliche all'interno del SSN; dotare questi soggetti di maggior indipendenza per favorirne una migliore efficienza nell'utilizzo delle risorse finanziarie e professionali dell'azienda, evitando comunque possibili derive economiche; consolidare la regionalizzazione del SSN.

L'azienda sanitaria è costituita da due differenti organi: il direttore generale e il collegio sindacale. Il primo è nominato fiduciariamente dalla Regione in presenza di requisiti certi di professionalità (esperienza dirigenziale e diploma di laurea) e il suo rapporto di lavoro, della durata minima di tre anni e massima di cinque, deve essere esclusivo. La Regione ne valuta l'operato tramite controlli periodici che possono portare alla conferma oppure alla revoca dell'incarico. Il direttore generale, sul modello del management privato, ha tutti i poteri di gestione e deve assicurare l'equilibrio economico dell'azienda. Tra i compiti e le responsabilità attribuitigli si segnalano la nomina dei responsabili delle strutture operative e l'adozione dell'atto aziendale di diritto privato. Il direttore generale ha inoltre il compito di nominare il direttore sanitario e il direttore amministrativo. Il Collegio sindacale è composto di cinque membri i quali hanno poteri di ispezione e controllo anche di tipo economico, di vigilanza sull'osservanza della legge e sulla regolare tenuta della contabilità e dei bilanci.

L'atto aziendale definisce l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda dando pratica attuazione all'autonomia imprenditoriale. I

contenuti degli atti aziendali e, di conseguenza l' effettiva autonomia dell' azienda, dipendono dalla specificità o meno degli indirizzi regionali. Ad ogni modo, le normative statali fissano i principi di organizzazione dei servizi sanitari aziendalizzati e individuando, nel dipartimento e nel distretto, le due tipologie di riferimento. E' inoltre prevista la costituzione in tutte le aziende sanitarie del dipartimento di prevenzione.

Il dipartimento è creato al fine di garantire una corretta gestione operativa. La legge nazionale, lasciando campo all' autonomia regionale nella definizione dello stesso, si limita a indicare la figura del direttore di dipartimento (il quale viene nominato dal direttore generale tra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento), oltre che a un comitato di dipartimento. Il distretto, invece, rappresenta l' organizzazione territoriale dell' ASL attraverso cui vengono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie. Esso è dotato di autonomia tecnica, gestionale ed economico-finanziaria, ed è soggetto a rendicontazione analitica con contabilità separata all' interno del bilancio aziendale. Il direttore di distretto, responsabile delle risorse assegnate e del coordinamento tra i servizi, ne gestisce l' attività valutando i bisogni e definendo i servizi necessari relativi ai livelli essenziali di assistenza distrettuale, assicurando alla popolazione di riferimento l' accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Il dipartimento di prevenzione è la struttura operativa volta all' erogazione di quei servizi relativi alla sanità pubblica, alla tutela della salute, alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e alla sanità pubblica veterinaria. E' munito di autonomia organizzativa e contabile, ed è soggetto a rendicontazione analitica e contabilità separata all' interno del bilancio aziendale.

Passati quindici anni dall' introduzione dell' aziendalizzazione in sanità, i dubbi inerenti al rischio di snaturamento dei principi cardini del SSN derivanti dallo sfruttamento di strumenti privatistici nel garantire il fondamentale diritto alla salute, sembrano ormai essere ampiamente superati, considerando anche il fatto che, l' aziendalizzazione stessa, non ha impedito la ricerca di ulteriori modelli gestionali rispetto a quelli indicati dal legislatore statale: numerosi infatti sono stati i tentativi di sperimentazione gestionale che hanno consentito di testare le possibilità e limiti della collaborazione pubblico-privato in sanità.

L'ATTIVITA' CHIRURGICA IN DAYSURGERY

Abbiamo in precedenza dibattuto dei costi sostenuti da parte dello Stato italiano per il funzionamento del SSN e delle tendenze di spesa future. Nell' arco temporale di quindici anni si è assistito ad un importante incremento della spesa sanitaria, non solo in termini nominali, ma anche in rapporto al PIL a causa di fattori quali l' invecchiamento della popolazione, lo sviluppo delle tecnologie, l' incremento delle aspettative da parte dei cittadini.

Dall' inizio del millennio, in cui il peso della spesa sanitaria era di circa 88.907 milioni di euro, si è giunti nel 2008 ad un importo pari a 106.650 milioni d' euro, che, secondo i dati ISTAT, ha portato il rapporto "spesa sanitaria pubblica/PIL" ad un ammontare pari al 6,8%. Tuttavia abbiamo già ricordato come la necessità di controllare e limitare la spesa sanitaria italiana non è dovuta tanto all' entità della spesa stessa, quanto alla situazione complessiva della finanza pubblica. A dimostrazione di quanto detto, le ultime rilevazioni dell' OCSE, rivelano che la spesa sanitaria pro-capite dell' Italia è sotto la media dei paesi industrializzati: 8,7% del Pil, contro l' 8,9 per cento e, nel 2007, è ammontata a 2.868 dollari contro la media Ocse di 2.984.

Il controllo della spesa sanitaria è comunque una priorità per tutte le economie e anche l' Italia è alle prese con il suo difficile contenimento. Tuttavia, in questo momento, tagli non sembrano facilmente attuabili, ed è chiaro quindi, che l' incidenza della spesa sanitaria sul

Pil è destinata a salire, salvo che non vengano presi provvedimenti strutturali.

È da questo importantissimo presupposto che scaturisce la necessità di superare la vecchia e gravosa concezione di assistenza ospedaliera e di sperimentare una nuova forma organizzativa flessibile e personale: la chirurgia di giorno rappresenta questa possibilità. Il fine ultimo dello studio in questione è quindi quello di dimostrare come, attraverso il modello organizzativo della DaySurgery, sia possibile, mantenendo inalterati standard di efficacia e di sicurezza, offrire una maggiore assistenza ai pazienti affetti da patologie minori, riducendo i tempi delle liste d'attesa e i costi di gestione per le ASL locali, con conseguente effetto positivo sul risparmio dei costi relativi al SSN.

3.1) DEFINIZIONE DELL'ATTIVITA' DI DAYSURGERY

La DaySurgery rappresenta un regime assistenziale alternativo al ricovero ordinario che permette una diversificazione dell'offerta sanitaria per i cittadini e una maggior appropriatezza nell'utilizzo delle tipologie di assistenza contribuendo al miglioramento complessivo dell'efficienza delle strutture. Le attività di DaySurgery sono organizzate con modalità che assicurano condizioni di sicurezza non inferiori rispetto a quelle tipiche della chirurgia a ricovero ordinario, riducendo tuttavia il disagio connesso all'intervento. Secondo le linee guida pubblicate dal Royal College of Surgeons of England nel 1992, *“la day surgery costituisce l'approccio terapeutico ideale dal punto di vista delle cure, dell'efficacia, della soddisfazione dei pazienti per gran parte degli interventi; è superiore*

all' ospedalizzazione tradizionale e costituisce la scelta migliore per il 50% dei pazienti che devono sottoporsi ad intervento chirurgico" .

Come già affermato, lo sviluppo di tale modello organizzativo si inserisce nell' ambito del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e del miglioramento dell' accessibilità alle prestazioni sanitarie.

Prendendo spunto dagli accordi intervenuti nella "Conferenza Stato-Regioni del 1°Agosto 2002" , conferenza che definisce le linee guida per le attività di DaySurgery, possiamo definire la "chirurgia di giorno" in questo modo:

"con il termine DaySurgery (chirurgia di giorno) s' intende l' effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative, di interventi chirurgici o anche di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale" (Articolo 2°)

Con il termine DaySurgery si intende quindi tutto quell' insieme di procedure chirurgiche diagnostiche e/o terapeutiche che risultano più o meno invasive ma che comunque, richiedano per il paziente, un ricovero non superiore alla durata della singola giornata.

La DaySurgery, in Italia, nasce all' inizio degli anni ' 90 e sin dal 1994, anno in cui venne a costituirsi la più importante società scientifica dedicata, fiorente fu l' attività congressuale, numerosi i corsi di formazione e grande l' attenzione dei media. Le Regioni hanno introdotto la DaySurgery quale modello di appropriatezza organizzativa e tutte hanno legiferato in merito, seppure con diversa interpretazione circa alcuni aspetti fondamentali come, ad esempio, i modelli

organizzativi, la tariffazione delle prestazioni e il pernottamento relativo ad alcune procedure chirurgiche per consentire di trasferire in regime diurno atti chirurgici più complessi per i quali sia necessario garantire una notte di ricovero.

Il fatto che la chirurgia di giorno sia ormai una realtà concreta lo dimostrano anche i dati relativi al numero dei DRG trattati in DaySurgery: questo regime assistenziale ha assistito ad una forte crescita fino ai primi anni del 2000 passando, nel rapporto percentuale dei DRG trasferiti su quelli totali, dal 14,6% del 1998 al 32,9% del 2003. Nel successivo arco temporale, questa progressiva e rilevante crescita, ha subito un forte rallentamento, come dimostrano i dati del Ministero della Salute: infatti dal 2004 questo rapporto si è più o meno stabilizzato, giungendo nel 2007, ad una media nazionale pari al 35,2%. È inoltre doveroso sottolineare che esiste un' importante discrepanza fra le regioni: la Provincia autonoma del Trentino, in un lungo trend positivo, al 2007 presenta una trasferibilità di operazioni in DaySurgery pari al 53,5% delle attività svolte sul suo territorio, il Piemonte e la Sicilia raggiungono quasi il 48%, mentre altre realtà come il Lazio o la Puglia, non hanno nemmeno toccato il 29%. È comunque ipotizzabile, per il futuro, un notevole sviluppo nell' utilizzo di questo modello organizzativo data la notevole differenza fra la media nazionale osservata e le percentuali caratterizzanti alcune Regioni italiane.

La strada per la completa affermazione di questo modello è quindi ancora lunga ma potenzialmente molto rilevante ed è necessario, come sta cominciando a succedere, un deciso e forte segnale da parte delle istituzioni volto ad accrescere il ruolo della DaySurgery.

In questo capitolo studieremo inizialmente il documento normativo sancito nella Conferenza Stato-Regioni del 2002, che chiarisce, a livello legislativo, cosa s' intende per DaySurgery e cosa è necessario

sostenere per attivare questo modello organizzativo. Osserveremo successivamente i requisiti minimi richiesti alle strutture per poter svolgere l'attività chirurgica di giorno: requisiti importantissimi che ci permetteranno di conoscere gli strumenti necessari per la reale erogazione di queste prestazioni. Concluderemo poi con un'accurata analisi dell'evoluzione storica della DaySurgery dalla sua nascita fino ai tempi moderni.

3.2) EVOLUZIONE STORICA DELLA DAYSURGERY

L'articolo scritto da Elio Guzzanti e Isabella Mastrobuono, pubblicato sulla rivista ufficiale della DaySurgery il 30 Agosto del 2006 e intitolato *“La day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo”*, ci fornisce un valido quadro sullo sviluppo della chirurgia di giorno.

Il punto di partenza di questa analisi è il 1988, anno in cui la Direzione scientifica dell'I.R.C.C.S. ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, propose al Ministero della Sanità una ricerca finalizzata all'individuazione di un modello funzionale, organizzativo e gestionale definito DaySurgery. La ricerca si articolò in uno studio su 4161 cartelle cliniche, attribuite a pazienti operati nella prima metà mesi del 1990, ed in parte su 771 bambini. L'indagine mostrò come la metà dei pazienti analizzati era suscettibile al trattamento in DaySurgery, con differenziazioni, ovviamente, tra le diverse discipline specialistiche oggetto dell'indagine. La diffusione di questi dati, nel 1993, ebbe come unico scopo la promozione nell'intera penisola della conoscenza di questa nuova forma organizzativa fino a quel momento sconosciuta. Pubblicato lo studio sulla rivista Federazione Medica, all'epoca organo

di aggiornamento scientifico e professionale della FNOM, si raggiunse ad una primissima definizione di DaySurgery: *“la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive su pazienti che vengono poi dimessi nella stessa giornata di ammissione”*, che venne successivamente ampliata riconoscendo, a favore del paziente, anche la possibilità di pernottamento: questa previsione era volta a consentire l’ estensione del trattamento a patologie più complesse e gravate da più frequenti complicanze, e a garantire l’ opportunità a pazienti con residenza lontana di usufruire di questo modello assistenziale.

I numerosi dibattiti scaturiti condussero a sostenere che questo modello organizzativo: 1) avesse, con una adeguata selezione dei pazienti ed una specifica organizzazione, pari efficacia a quello tradizionale; 2) consentisse di aiutare i pazienti e le loro famiglie durante e dopo le operazioni chirurgiche; 3) consentisse di ridurre le liste di attesa; 4) garantisse una più puntuale assistenza a quei pazienti affetti da patologie chirurgiche più impegnative, tramite il recupero di posti letto e di personale non più utilizzati nell’ assistenza di casistiche chirurgiche minori; 5) permettesse di razionalizzare, ed in molti casi contenere, il costo dell’ assistenza chirurgica.

Notevole importanza venne data anche all’ individuazione di differenti modelli organizzativi quali:

- l’ unità autonoma, con accettazione, degenza, sale operatorie e uffici amministrativi indipendenti;
- la sala di degenza esclusivamente dedicata ai casi di DaySurgery;
- i posti letto all’ interno della degenza ordinaria.

Per gli ultimi due modelli dovevano comunque essere previsti e assicurati turni ed orari prestabiliti nell' utilizzo delle sale operatorie.

Il 13 giugno 1993, si costituì il *Gruppo nazionale multidisciplinare per la diffusione della chirurgia di giorno*, con il duplice scopo di favorire la diffusione della DaySurgery sull' intero territorio nazionale e di sviluppare il dibattito soprattutto a livello legislativo. Promossero quindi iniziative a livello nazionale, in collaborazione con l' *Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali* (ASSR), volte a sottolineare come questo modello assistenziale non dovesse in alcun modo essere considerato d' importanza minore rispetto al regime di assistenza chirurgica ordinaria.

Nel 1995, a Bruxelles, lo stesso Gruppo nazionale multidisciplinare fondò, con le principali Società scientifiche di altri 10 Paesi, la *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS). Nella stessa sede internazionale, i rappresentanti delle poche Unità autonome private di DaySurgery italiane, diedero luogo l' *Associazione italiana delle unità autonome private di DaySurgery* (AIUSDAP).

In Italia, la II Sezione del Consiglio Superiore di Sanità, durante la seduta del 14 febbraio 1995, diede sull' argomento il proprio parere, così sintetizzabile:

✚ la chirurgia di giorno/DaySurgery, precedentemente tenuta distinta dalla chirurgia ambulatoriale, venne ricompresa all' interno della stessa;

✚ la possibilità del pernottamento venne esclusa: si ritenne che non fosse da considerare "*connaturale alle attività della chirurgia di giorno*". Inoltre importanti raccomandazioni furono rivolte al personale infermieristico e a quello medico, per i quali venne richiesto il

possesso di una sufficiente maturità ed anzianità professionale per poter operare in regime diurno.

✚ le strutture autonome private che operavano geograficamente distanti da ospedali o case di cura vennero escluse dalla possibilità di svolgere attività di DaySurgery, venne infatti rilevata la necessità di vicinanza degli edifici ad ospedali o a case di cura, sia da un punto di vista funzionale che formale.

Il 14 giugno dello stesso anno, la pronuncia della II Sezione del Consiglio Superiore di Sanità, con particolare riferimento alla necessità di tenere distinte le attività ambulatoriali da quelle in regime di chirurgia di giorno, venne corretta dallo stesso Consiglio, su richiesta del Ministro della Sanità.

Il tema della DaySurgery venne poi affrontato nel DPR 1 marzo 1994 di approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-96, inserito tra le sperimentazioni gestionali.

Il Ministro della Salute con la collaborazione dell' ASSR, del Gruppo nazionale multidisciplinare per la diffusione della chirurgia di giorno e delle principali Società scientifiche, presentarono un documento intitolato *«Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno»*. I temi discussi in questo atto furono:

1. la definizione di chirurgia ambulatoriale e di DaySurgery;
2. i modelli organizzativi e le sedi di attuazione;
3. il pernottamento e la sorveglianza postoperatoria;

1) Da questo documento, si raggiunse questa definizione della chirurgia di giorno: *“la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure*

diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale” .

2) I modelli organizzativi suggeriti per lo svolgimento della DaySurgery furono:

✚ In ospedali all' interno di:

- a. Posti letto dedicati nell' Unità di degenza ordinaria,
- b. Unità di degenza dedicate,
- c. Unità autonome;

✚ Nelle Case di cura (a carattere generale o chirurgico), all' interno di:

- a. Posti letto dedicati,
- b. Unità di degenza dedicate;

✚ In Unità di degenza autonome. Vennero previste anche Unità autonome dedicate private, per le quali tuttavia erano richiesti specifici requisiti per il suo funzionamento, tra i quali:

- a) assicurare la reperibilità medica nelle 24 ore,
- b) formalizzare, da parte delle Unità autonome, un collegamento funzionale ed organizzativo con un Ospedale o casa di cura al fine di garantire il ricovero del paziente con eventuali complicanze

3) Nella questione del pernottamento vennero sostenute alcune importanti considerazioni:

✚ l' importanza dello stesso per gli atti chirurgici gravati da più frequenti complicanze;

✚ l' importanza dello stesso per gli atti chirurgici nei i quali è necessario garantire un adeguato periodo di osservazione postoperatorio;

✚ la possibilità di pernottamento consentirebbe di trasferire un maggior numero di interventi chirurgici effettuabili in tale regime assistenziale;

✚ la possibilità di pernottamento consentirebbe, infine, di offrire questa tipologia di trattamento anche a pazienti il cui luogo di residenza è lontano dalla sede di ricovero.

Nel mese di aprile del 1996, la «Proposta di regolamentazione», fu inviata al coordinamento delle Regioni e a tutti gli Assessorati regionali alla Sanità, allo scopo di stimolare l' eventuale elaborazione di un Atto di intesa Stato-Regioni.

L' 11 settembre del 1996, venne istituita la *Federazione Italiana di Day Surgery (FIDS)* alla quale aderirono 26 tra Società scientifiche ed associazioni interessate. La FIDS sostituì il Gruppo nazionale multidisciplinare a livello internazionale nell' ambito della IAAS.

Sempre nel 1996, venne inoltre costituita, la *Società di chirurgia ambulatoriale e DaySurgery (SICADS)* che entrò a fare parte della Federazione italiana e della IAAS (International Association for Ambulatory Surgery).

Negli stessi anni, le numerose iniziative a carattere nazionale volte all' affermazione dei principi clinici ma anche organizzativi della DaySurgery in Italia, condussero a molteplici pubblicazioni di articoli, dibattiti e congressi sulla DaySurgery, culminate nel' 99 con il Congresso internazionale della IAAS di Venezia, al quale aderirono oltre 2200 persone con 440 relatori da tutto il mondo.

La progressiva importanza che assunse la DaySurgery portò, nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, a realizzare un programma nazionale volto a definire delle linee guida per l' elaborazione, la diffusione e la valutazione di percorsi diagnostici con priorità per le prestazioni effettuabili sia a livello ambulatoriale che in regime di ricovero diurno. E' rilevante notare che in questo documento normativo venne per

la prima volta accettata la distinzione tra chirurgia ambulatoriale e DaySurgery.

Nel 2000 venne poi elaborata da una Commissione di studio, istituita con decreto del Ministro della Sanità, la già discussa “Proposta per l’organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno”. In questo documento, oltre a definire i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, si ribadiva la necessità di tenere distinte la chirurgia ambulatoriale e la DaySurgery, riaffermando, per la seconda, l’importanza del pernottamento.

Nel DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) del 29 novembre 2001, inerente la “Definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria”, venne indicata una serie di prestazioni non erogabili dal SSN e fu definita una lista di DRG, considerati “potenzialmente inappropriati” da svolgere in ricovero ordinario, e quindi trasferibili in regime di DaySurgery. L’Accordo Stato regioni del 22 novembre 2001, parte integrante del DPCM in questione, riconobbe inoltre alle Regioni l’onere di ridurre progressivamente il ricorso a quelle prestazioni che non soddisfacevano il principio dell’appropriatezza organizzativa e di economicità nell’utilizzo delle risorse. I DRG chirurgici “potenzialmente inappropriati” del Decreto in oggetto, erano per maggior parte quelli già indicati nelle liste di interventi e procedure elaborate dalle Società scientifiche nel 1996 e introdotti nel documento di proposta dell’ASSR.

Basandosi sulle attività scientifiche e normative fino a quel momento dibattute, il 1°Agosto 2002, per mezzo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, venne approvato il documento “Linee guida per le attività di DaySurgery” nella quale furono definiti i modelli organizzativi per lo svolgimento delle attività chirurgiche di giorno.

Anche per mezzo delle leggi Finanziarie vennero posti incentivi alle Regioni per l'adozione di questo modello organizzativo: nel triennio 2002/2004 l'accesso ai finanziamenti venne vincolato al soddisfacimento del principio di appropriatezza organizzativa per quelle prestazioni indicate nel DPCM del 2001, e, nel 2005/2006, numerosi finanziamenti integrativi furono condizionati allo sviluppo e alla promozione del passaggio di determinate prestazioni dal ricovero ordinario al ricovero diurno.

3.3) ATTUALI FONDAMENTI NORMATIVI

3.3.1) CONFERENZA STATO -REGIONI DEL 1°AGOSTO 2002

Il documento normativo di principale riferimento per la definizione del modello organizzativo di DaySurgery, è senza dubbio alcuno, l'atto n.1516 del 1°Agosto del 2002. In questa data, nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, è stato stipulato un importantissimo accordo intitolato le "Linee guida per l'organizzazione delle attività di DaySurgery".

Quanto definito in questo documento, è considerato da tutti gli addetti al lavoro, la pietra miliare che ha permesso l'avvio e il pieno riconoscimento istituzionale di questo modello organizzativo. È quindi opportuno analizzare attentamente quanto previsto in questo atto:

✚ Il primo articolo esplicita le finalità inerenti alla DaySurgery: lo scopo ultimo di questo nuovo modello organizzativo è volto alla creazione di un regime assistenziale alternativo a quello ordinario che permetta, a parità di condizioni di sicurezza, la riduzione del disagio connesso all'intervento e il miglioramento, in

termini di efficienza e appropriatezza, dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie;

✚ Il secondo articolo pronuncia la definizione della DaySurgery che abbiamo presentato in precedenza. Inoltre sottolinea che, per svolgere la chirurgia di giorno, è richiesta un'opportuna formazione tecnico professionale del personale che vi opera, la specificità di alcuni aspetti organizzativi delle attività cliniche, quali la concentrazione nel tempo e nello spazio delle risorse e delle attività, l'essere dedicata esclusivamente ad attività elettive, la chiara definizione delle procedure e dei percorsi, la particolare attenzione nel garantire la continuità assistenziale;

✚ Il successivo articolo impone alle Regioni e alle Province autonome l'obbligo di definire le modalità organizzative sulla base di tre precisi modelli:

- *presidio autonomo di DaySurgery*: l'unità deve essere costituita da una struttura, pubblica o privata, dedicata esclusivamente all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per patologie acute. Il presidio deve essere funzionalmente collegato ad una struttura ospedaliera che effettua ricoveri ordinari posta ad una distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze. Devono essere, altresì, definite le procedure per la gestione delle emergenze nell'ambito della rete di emergenza/urgenza.

- *unità di DaySurgery (monospecialistica o plurispecialistica)*: sempre internamente ad una struttura di ricovero a ciclo continuo pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per patologie acute. Due sono le possibili modalità organizzative di costituzione: *A)* dotazione di spazi di degenza dedicati alla DaySurgery ed utilizzo programmato di sale operatorie in comune con altre unità operative; *B)* dotazione di spazi di degenza e di sale operatorie dedicati alla DaySurgery, in relazione ad un elevato volume e alla complessità della casistica trattata;

▪ *posti letti dedicati*: inserite nelle unità di degenza ordinaria presenti nelle strutture di ricovero per patologie acute pubbliche o private.

È inoltre attribuito in capo alle Regioni, per i ricoveri che necessitino il pernottamento, di avvalersi, secondo le proprie esigenze e modalità organizzative, del ricovero ordinario di un giorno o delle DaySurgery seguite da pernottamento;

✚ L' articolo 4° tratta la materia delle autorizzazioni e dell' accreditamento delle strutture mediche per lo svolgimento dell' attività chirurgica di giorno, sottolineando come, fermo restando quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997 e successive modificazioni ed integrazioni in materia di requisiti minimi generali e specifici previsti per la DaySurgery, le Regioni e le Province siano autonome, in tal senso, di definirne i requisiti minimi richiesti;

✚ Il quinto articolo pone interesse sulla selezione dei pazienti, ricordando che il ricorso a questa metodologia organizzativa debba essere valutata per ogni singolo paziente, da parte del medico, sulla base di criteri clinici, organizzativi e in relazione ad aspetti socio familiari. È inoltre necessario il consenso informato e documentato del paziente;

✚ Successivamente vengono indicate le garanzie del percorso assistenziale, definendo una serie di specifiche procedure cliniche ed organizzative, che debbono essere adottate nelle fasi di ammissione, cura e dimissione del paziente;

✚ Gli ultimi due articoli pongono in capo alle Regioni e alle Province autonome l' obbligo di effettuare controlli circa l' appropriatezza e la qualità delle prestazioni, nonché il monitoraggio dello sviluppo delle attività di DaySurgery.

Attraverso la Conferenza Stato-Regioni è stata infine stipulata una lunga lista indicativa degli interventi erogabili tramite DaySurgery

in alternativa al ricovero ordinario. È comunque fatta salva l'autonomia delle Regioni e delle Province autonome in relazione alla definizione delle prestazioni effettuabili nelle ulteriori forme di assistenza ed in considerazione del grado di trasferimento dal ricovero ordinario già raggiunto.

3.3.2) I REQUISITI MINIMI RICHIESTI ALLE STRUTTURE PER SVOLGERE L'ATTIVITA' DI DAYSURGERY

Il 12 Settembre del 2000 venne istituita, con Decreto Ministeriale, una Commissione di Studio sulla DaySurgery e la chirurgia ambulatoriale che diede luogo ad un documento intitolato "Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno". All'interno di questo studio, da cui oltretutto si basano gli accordi della Conferenza Stato-Regione del 2002, i componenti, coordinati dal "Presidente dell'Associazione Italiana Unità Dedicare Autonome Private di DaySurgery" Giorgio Celli, definirono un insieme di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'erogazione della chirurgia a ciclo diurno. Seguirà un riassunto dei principali requisiti richiesti:

✚ REQUISITI GENERALI:

- **Accessibilità:** le strutture dovranno garantire, in funzione della dislocazione degli ambienti e della funzionalità dei servizi, un flusso razionale dei pazienti, del personale e dei mezzi.
- **Funzioni:** le unità autonome dedicate ed integrate devono essere attrezzate in maniera da garantire, in base al tipo, volume, modello organizzativo e programmazione delle prestazioni fornite, spazi distinti per tutte le attività necessarie al corretto svolgimento della

prestazione (accettazione, chirurgia, degenza e supporto)

✚ **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI:** vengono elencati tutta una serie di elementi, quali i locali e gli spazi necessari all'interno dell'edificio, i depositi, gli impianti e le strumentazioni, tecnologiche e non, richieste per l'area di degenza, per il reparto operatorio e per la sala operatoria che risultano essere necessari per rendere operativa e funzionale la struttura di DaySurgery.

✚ **REQUISITI ORGANIZZATIVI:**

- **Criteri di selezione dei pazienti:** il paziente deve essere selezionato dal chirurgo, insieme all'anestesia, in base a criteri clinici, logistici e socio-famigliari.
 - *Criteri clinici:* l'età di per sé non rappresenta una controindicazione per l'intervento in regime di DaySurgery. I criteri di selezione raccolgono le linee emanate dalle Società Scientifiche: sono quindi soggette ad evoluzione.
 - *Criteri logistici e sociali:* il paziente deve essere in grado di comprendere ed accettare l'iter proposto, di osservare le prescrizioni terapeutiche, di disporre di una persona che lo assista durante le prime 24 ore.
- **Definizione del percorso assistenziale:** l'assistenza in regime di DaySurgery si caratterizza per un "pacchetto" predefinito di trattamento comprendente esami, l'intervento chirurgico e i controlli postoperatori, indipendentemente dall'effettivo numero di accessi.
- **Informazione e consenso informato:** nella DaySurgery il consenso del malato si arricchisce di un particolare

significato, poiché la dimissione di norma avviene il giorno stesso in cui è stato eseguito l'atto chirurgico. Il consenso assume il significato di accettazione dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità inerenti l'osservanza delle indicazioni comportamentali indicate.

- **Regolamentazione delle fasi di ammissione, cura e dimissione:** la struttura deve provvedere all'individuazione e all'attuazione di procedure per le fasi di ammissione, cura e dimissione del paziente:
 - *Ammissione:* devono essere formulate le procedure di ammissione del paziente in base a criteri di appropriatezza, alla valutazione clinica ed alle condizioni logistiche e familiari, tenendo conto della tipologia e complessità del modello organizzativo della struttura.
 - *Cura:* dovranno essere adottati protocolli differenziati per patologia e monitoraggio operatorio con sorveglianza post-anestesiologica.
 - *Dimissione:* la dimissione viene decisa dal chirurgo in collaborazione con l'anestesia ed è subordinata alla verifica dello stato del paziente. Nella relazione destinata al medico curante e consegnata al paziente al momento della dimissione verranno riportati gli elementi caratterizzanti il ricovero, le terapie proposte e le indicazioni per la gestione di possibili complicazioni, oltre che recapito telefonico del chirurgo che ha effettuato l'operazione e quello della struttura.
- **Garanzie della continuità assistenziale:** tutte le strutture che svolgono attività di DaySurgery hanno

l'obbligo di garantire la continuità Assistenziale e la facile reperibilità dei medici. Le strutture organizzate in modo autonomo sono obbligate a definire dei piani in caso di complicanze e per il trattamento di emergenze, oltre a garantire cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni prefestivi e festivi, direttamente o tramite la formalizzazione di accordi con altre strutture di ricovero.

- **Utilizzo esclusivo e separazione dei flussi:** durante l'orario di funzionamento, i locali adibiti alle attività di DaySurgery non possono essere utilizzati per altre attività.
- **Ruoli e responsabilità:** ruoli e responsabilità sono correlati in base alla complessità del modello organizzativo e ai volumi sviluppati.
- **Modalità di raccolta della documentazione clinica:** tutte le informazioni raccolte durante l'iter devono essere registrate: le cartelle cliniche e le procedure di ammissione, cura e dimissione dei pazienti devono essere archiviate.
- **Monitoraggio e valutazione di qualità:** è necessario il monitoraggio delle attività e l'identificazione di adeguati indicatori, di processo, di risultato e di esito per la valutazione della qualità del servizio reso.

3.4) ULTIMI SVILUPPI NORMATIVI E PROSPETTIVE FUTURE

Gli ultimi sviluppi normativi derivano da due importanti atti legislativi fortemente correlati e volti al perseguimento di un comune obiettivo:

✚ il Patto per la sanità 2010-2012: accordo siglato dal Governo, dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 3 Dicembre 2009 e che contiene le previsioni di spesa a carico del SSN per i tre anni di riferimento;

✚ il DPCM del 23 Aprile 2008: atto normativo, proposto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell' economia e delle finanze, che ha definito i nuovi Livelli Essenziali d' Assistenza (LEA);

Il Patto per la salute prevede, in linea con le precedenti normative, un vigoroso tentativo di riduzione del numero dei posti letto, volta a favorire il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario a quello diurno, e, da questo, a quello ambulatoriale, garantendo comunque tutti i comportamenti necessari ad elevare la qualità delle operazioni chirurgiche, l' appropriatezza delle prestazioni e a riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio. Quest' atto normativo si basa anche sulle previsioni definite dal DPCM del 23 Aprile 2008.

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in questione, sono stati individuati i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso i quali, è stata introdotto nel nostro sistema sanitario nazionale una vera e propria rivoluzione con un risparmio previsto pari a 1,1 miliardi. Alle quarantatre prestazioni identificate dai LEA del 2001 come "potenzialmente inappropriati" se ne sono aggiunte ulteriori sessantaquattro: in sostanza 107 DRG su un totale di 500, passeranno dell' assistenza in ricovero ordinario a quella in

DaySurgery e DayHospital. I nuovi LEA hanno inoltre individuato circa 25 DRG, oggi già erogati in questi due regimi, che verranno trasferiti in assistenza ambulatoriale.

3.4.1) CONSIDERAZIONE SUI NUOVI LEA: LE PROBLEMATICHE INERENTI IL TRASFERIMENTO DI ALCUNI DRG DALLA DAYSURGERY ALLA CHIRURGIA AMBULATORIALE

Nel primo capitolo abbiamo affermato che la chirurgia a bassa complessità rappresenta numericamente l'attività maggiore. L'approvazione e l'applicazione del DPCM del 23 Aprile 2008, ha decretato, non solo a livello formale, ma anche a livello pratico, che queste attività chirurgiche a ridotta rischiosità venissero erogate in due differenti regimi assistenziali: in DaySurgery e in chirurgia ambulatoriale. In particolare, con i nuovi LEA, sono stati individuati 25 DRG ad "inappropriatezza organizzativa" per il regime di chirurgia di giorno, prevedendo quindi il loro trasferimento al modello ambulatoriale: questa decisione solleva tuttavia non poche perplessità.

La chirurgia ambulatoriale è stata definita dalla "Commissione di studio sulla DaySurgery e la chirurgia ambulatoriale", istituita dal Ministero della Sanità il 12 Settembre 2000, come la *"possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in ambulatori ed ambulatori protetti, in anestesia topica, locale, loco regionale(limitatamente agli ambulatori protetti) e/o analgesica"*.

La problematica fondamentale è rappresentata dal fatto che essa, differentemente dalla DaySurgery, non è mai stata soggetta ad uno studio per l'individuazione di un modello organizzativo idoneo alla sua implementazione: infatti, mentre la chirurgia a ciclo diurno ha subito una propria evoluzione normativa, culminata in una sua precisa

definizione legislativa ed organizzativa descritta nel Patto Stato-Regioni dell' Agosto 2002, la chirurgia ambulatoriale, si ritrova ancora orfana di una configurazione organizzativa.

In sostanza non c' è alcun modello organizzativo previsto per la chirurgia ambulatoriale, o meglio, questa forma assistenziale viene erogata con lo stesso schema previsto per la DaySurgery: ad oggi, in sostanza, non c' è la minima differenza fra questi due modelli e, conseguentemente, risulta incomprensibile come sia possibile riconoscere DRG significativamente inferiori alla chirurgia ambulatoriale rispetto a quelli previsti per la DaySurgery. Quindi il trasferimento dei 25 DRG dalla chirurgia di giorno a quella ambulatoriale, allo stato di fatto, rappresenta semplicemente la ricerca di un maggiore risparmio economico per il SSN che non trova tuttavia nessun fondamento da un punto di vista organizzativo e di efficienza nella prestazione offerta al paziente.

Se si vuole proseguire nella direzione indicata del legislatore, che prevede una condivisione di questi due modelli per la chirurgia a bassa complessità, risulta necessario, a mio avviso, procedere alla ricerca e alla definizione di un sistema organizzativo caratterizzante la chirurgia ambulatoriale, che permetta quindi di garantire una maggiore efficienza nell' erogazione delle prestazioni ad essa affidate. Se non viene sostenuta e perseguita questa netta differenziazione dal modello assistenziale di DaySurgery, l' esistenza e l' utilizzo della forma organizzativa ambulatoriale non trova, a mio parere, alcun fondamento organizzativo.

3.4.2) LE PROSPETTIVE FUTURE DELLA DAYSURGERY

Fino a pochissimi anni fa, le prestazioni oggi erogate in DaySurgery venivano comunemente effettuate in regime ordinario con una durata dei ricoveri sicuramente eccessiva rispetto al necessario: la

conseguenza di questo modello organizzativo era un incremento dei costi di gestione che trovavano poi compenso in DRG sproporzionati per l'effettiva attività medica e assistenziale dovuta.

Con l'introduzione del regime di DaySurgery, che prevede tempi di ricovero inferiore alla singola giornata per pazienti con patologie a bassa complessità, è possibile immaginare e prevedere un'importante risparmio delle risorse finanziarie e quindi un notevole ridimensionamento dei rimborsi previsti per alcuni tipi di DRG, con un conseguente impatto positivo sui costi del SSN.

È quindi necessario attivare procedure di riassetto dell'intero servizio sanitario nazionale indispensabili per scongiurare il declino verso cui il nostro sistema medico/assistenziale sta volgendo. È proprio in questo scenario che lo sviluppo della forma organizzativa rappresentata dalla DaySurgery può svolgere un ruolo di primissimo livello.

Sicuramente, in vent'anni di storia, la chirurgia di giorno non ha ancora raggiunto la sua maturità e non si è quindi potuto godere a pieno dei benefici ad essa connessi, ma, questo modello organizzativo, rappresenta il nodo focale su cui basare quella riorganizzazione di cui il nostro sistema sanitario necessita, potendo infatti esso garantire, a parità di prestazioni erogate, una riduzione delle liste d'attesa, una maggiore flessibilità e attenzione all'esigenza del singolo paziente e soprattutto un notevole risparmio di risorse finanziarie da parte dello Stato.

LA DAY SURGERY IN EMILIA-ROMAGNA

4.1) L'OFFERTA SANITARIA IN EMILIA-ROMAGNA

4.1.1) RAPIDI CENNI ORGANIZZATIVI: LE ASL

Le Aziende sanitarie costituiscono l'articolazione territoriale del Servizio Sanitario Regionale: generalmente hanno dimensione provinciale e sono dotate di autonomia organizzativa, gestionale, tecnica, amministrativa, patrimoniale e contabile.

Undici sono le ASL operanti in Emilia-Romagna: Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini. Oltre ad esse vanno considerate anche cinque Aziende Ospedaliere: quella di Reggio Emilia e quelle Ospedaliero-Universitarie di Bologna, Ferrara, Modena e Parma. Al fine di ottimizzare l'assistenza sanitaria al cittadino e per garantire una migliore efficienza dei servizi tecnico-logistici, la Regione ha inoltre previsto una suddivisione sanitaria territoriale in tre distinte macro-aree: "Emilia nord", comprendente le Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena; "Emilia Centrale", di cui fanno parte le ASL della provincia di Bologna e Ferrara; e la "Romagna", composta dalle Aziende sanitarie di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, ormai comunemente chiamata "Area Vasta".

È opportuno ricordare che anche l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, tutte le strutture ospedaliere, le case di cura, le strutture residenziali e ambulatoriali private, profit e no profit, accreditate (alle quali le persone possono accedere senza oneri economici) completano l'offerta del Servizio Sanitario Regionale.

4.1.2) PRINCIPALI NORMATIVE DI RIFERIMENTO

A partire dagli anni '90, attraverso una successione di provvedimenti normativi, l'Emilia-Romagna ha intrapreso una ristrutturazione della rete ospedaliera. Descriveremo velocemente di seguito le principali normative, in tema di salute introdotte nell'arco degli ultimi 15 anni circa dalla Regione, andando successivamente ad analizzare con più dettaglio quelle di nostro interesse:

✚ Legge Regionale n°19 del 15-05-1994: *“Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”* ; D.G.R. 2772/1996: *“Linee Guida per la rimodulazione della rete ospedaliera della Regione”* ; Direttiva n°454 per *l'istituzione dei Dipartimenti Ospedalieri*. L'insieme di queste norme ha generato la realizzazione di una rete ospedaliera integrata, sia verticalmente, basata quindi sul principio della progressività delle cure, sia orizzontalmente, per mezzo della differenziazione nelle competenze predominanti. Inoltre ha proposto un criterio organizzativo dipartimentale fondato sull'avviamento di processi di miglioramento della qualità, su una idonea gestione del rischio clinico, su una programmazione integrata delle attività e su un utilizzo razionale e condiviso delle risorse disponibili.

✚ D.G.R. 17-01-1996, n°2773: *“Linee Guida per il corretto funzionamento e potenziamento dei posti letto di assistenza a ciclo*

diurno (Day Hospital)". Coerentemente alla serie di normative precedentemente introdotte, la Regione, con questo atto legislativo ha suggerito lo sfruttamento del DayHospital sostenendo che tale modello garantisse una maggior vantaggio dal punto di vista della gestione di personale e tecnologie.

✚ D.C.R. 1999, n°1235: *"Piano Sanitario Regionale 1999-2001"* .

Il Piano ha definito le azioni da porre in essere per migliorare la qualità dei servizi offerti, in relazione anche alla necessità clinica ed assistenziale dei servizi, all' appropriatezza e alla tempestività degli interventi, alla rispondenza dei servizi alle aspettative e alle preferenze dei loro destinatari. Per mezzo di questo atto sono stati individuati un' insieme di programmi per il miglioramento della qualità dell' assistenza, per l' innovazione e per l' ammodernamento dei servizi offerti fra i quali quello volto all' introduzione dell' attività di chirurgia di giorno. La delibera, con riferimento all' integrale riorganizzazione della rete ospedaliera, ha sancito, in termini di scelte di modelli organizzativi, l' importanza dell' individuazione del sistema più consono alle domande dei cittadini, sottolineando come l' attività di chirurgia di giorno, possa potenzialmente rappresenta uno degli elementi fondamentali.

✚ D.G.R. 01-03-2000, n°559: *"Linee guida per l' attivazione dell' assistenza chirurgica a ciclo diurno (day surgery)."* La delibera ha disciplinato l' attività di DaySurgery, con riferimento alla Proposta dell' ASSR del 1996 e alle Commissioni ministeriali del 2000.

✚ D.G.R. 28-06-2004, n°1280: *"Linee di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale per l' anno 2004"* . In tale delibera vennero sostenuti ulteriori passaggi per la realizzazione di percorsi integrati. Ai fini della deospedalizzazione, furono

aggiornate le tariffe ed venne decretata la possibilità di eseguire in regime ambulatoriale nuove metodiche diagnostiche e predefiniti interventi chirurgici

✚ Legge Regionale n°29 del 2004: *"Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale"*. Nell'atto legislativo in questione è stata ridefinita la sanità dell'Emilia-Romagna in un'ottica federalista, sulla base delle nuove competenze assegnate alle Regioni dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Gli Enti locali hanno visto rafforzare le proprie competenze in materia di programmazione, verifica e controllo. È stato introdotto, affiancando e completando il bilancio di esercizio economico-finanziario, il bilancio di missione: strumento con cui le Aziende sanitarie annualmente sono tenute a riportare i risultati dell'attività assistenziale in rapporto agli obiettivi di salute assegnati dalla Regione e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

✚ Legge regionale n°2 del 2006: *"Modifiche alla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29. In materia di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico"*. Ha definito composizione e funzioni degli organi degli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), dopo la sentenza della Corte Costituzionale n. 270 del 2005 che ha affermato l'autonomia normativa regionale sulla gestione degli stessi.

✚ D.G.R. n°2011 del 2007: *"Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto Aziendale"*. Sono state approvate le linee guida

per la redazione, da parte delle Aziende sanitarie, dell'atto aziendale, atto che definisce l'organizzazione e il funzionamento delle stesse Aziende.

4.2) IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA DAY SURGERY IN EMILIA-ROMAGNA

4.2.1) NORMATIVA DI RIFERIMENTO: DGR N°599 DEL 2000

In Emilia-Romagna, la normativa di riferimento per la DaySurgery, è rappresentata dal D.G.R. 559 del 2000 (*“Linee guida per l'attivazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno”*), in attuazione di quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 1999-2000. All'epoca, non essendo stato ancora emanato alcun atto regolatore dell'attività di DaySurgery a livello nazionale, la Giunta Regionale basò il contenuto della delibera su quanto disposto dalla Proposta ASSR del 1996 (*“Proposta per la regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno”*), consapevole dell'importanza che l'attività chirurgica di giorno avrebbe potuto assumere in termini di riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera regionale e in relazione alle richieste di salute dei cittadini. Quattro erano e sono gli obiettivi dell'atto normativo in questione: a) migliorare la condizione di paziente riducendo la durata della degenza, assicurando pari efficacia dei trattamenti; b) semplificare le procedure di accesso ai servizi; c) ridurre le liste di attesa per gli interventi chirurgici; d) ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

Il D.G.R. 559 del 2000 sottolinea come l'efficacia della DaySurgery nel raggiungimento degli obiettivi dichiarati è condizionata da: a) una accurata valutazione tecnica della eleggibilità dei pazienti e

della gamma di interventi idonei ad essere praticati con tale modalità; b) una gestione dell'intero processo terapeutico/assistenziale in qualità e sicurezza; c) un utilizzo efficiente della nuova modalità assistenziale. Il testo normativo in questione, oltre alla definizione della chirurgia di giorno, ha previsto anche un'insieme di possibili modelli organizzativi adottabili, un percorso di cura e gestione dell'intero processo in termini di qualità e sicurezza e un elenco indicativo di prestazioni effettuabili in DaySurgery, con alcune particolarità: non è stato infatti ammesso, di norma, il pernottamento (tranne nei casi in cui, per lo specifico trattamento, sia prevista l'assistenza in one-day surgery) ed è stato attribuito particolare attenzione alla gestione in qualità del processo, chiedendo alle Aziende Sanitarie di definire, con propri atti, l'offerta terapeutica e conseguentemente di pianificare le attività di DaySurgery al fine di potenziare le relative attività in modo corretto. Andiamo per ordine.

Il documento normativo definisce la chirurgia di giorno/DaySurgery come *“la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, locoregionale o generale. Qualora il ricovero preveda la presenza del degente per 24 ore, si parla di "one day surgery" “*

Vengono individuati i differenti modelli organizzativi che possono essere sfruttati: 1) Unità autonoma di day-surgery; 2) Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno, all'interno di un ospedale o di una casa di cura; 3) Posti letto dedicati all'interno dell'unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura, con attività a carattere chirurgico. È comunque fatto presente, relativamente alla varietà dei modelli organizzativi, che i più efficaci

al raggiungimento degli obiettivi definiti, risultano essere l' Unità autonoma di DaySurgery e l' Unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare all' interno di un ospedale o di una casa di cura: nel primo caso viene inoltre fatto presente la necessità di un collegamento funzionale fra l' unità autonoma e uno stabilimento ospedaliero (o ad una casa di cura) che assicurino gli standard organizzativi necessari per eventuali complicazioni nel paziente. La presa di posizione della Regione, circa il modello organizzativo da prediligere, deve essere ricercata nel fatto che la semplice individuazione di posti letto dedicati all' interno di unità di degenza ordinaria non configura una funzione di DaySurgery: non comporta infatti alcuna sostanziale riorganizzazione delle cure chirurgiche e non permette di raggiungere gli auspicati obiettivi di uso razionale ed appropriato delle risorse mediante la diversificazione del flusso dei pazienti, anche perché, all' interno delle unità di degenza ordinaria, la gestione dell' intero processo pre e post operatorio richiesto dalla DaySurgery, risulta essere, a causa delle routine già insite nell' attività ospedaliera, assai più complesso nella sua applicazione.

La Giunta Regionale, consapevole che la dimissione nella stessa giornata dell' intervento chirurgico avrebbe dovuto presupporre un' alta qualità della prestazione e un' assoluta garanzia di sicurezza della stessa, ha ritenuto fondamentale, per consolidare il processo di avvio delle attività di DaySurgery, definire i requisiti strutturali e tecnologici (attrezzature e impianti) specifici per lo svolgimento dell' attività di chirurgia diurna e favorire uno stretto collegamento, a livello aziendale, con i medici di Medicina Generale, sia per le fasi preliminari alla selezione del paziente, che per le attività post-operatorie. Per quanto riguarda la selezione dei pazienti da un punto di vista clinico, le Linee Guida regionali hanno fatto riferimento alla classificazione dell' American Society of Anesthesiology (ASA),

indicando, di norma, una eleggibilità in day surgery dei pazienti in buone condizioni generali (classe I) e dei pazienti con malattie sistemiche minori che non interferiscono con le normali attività o con affezioni mediche ben controllate dalla terapia (classe II). Relativamente alle fasi post-operatorie invece venne sostenuta l'importanza di un diretto e continuo contatto fra il Medico Generale e il Chirurgo che ha effettuato l'operazione in questione.

Certamente non sarà passata inosservata la discrepanza temporale fra la D.G.R. in questione, datata 2000, e la normativa nazionale del 2002 stipulata con il Patto Stato-Regioni che abbiamo precedentemente esaminato. Tuttavia, a livello contenutistico, i due documenti sono molto affini, e ricordando l'autonomia riconosciuta alle Regioni nella politica sanitaria, non deve stupire che poche modifiche siano state apposte sul testo della delibera 559/2000 dalla Giunta Regionale dall'Emilia-Romagna: variazioni relative principalmente ad una semplice rivisitazione del corpus dei requisiti per l'accreditamento delle strutture, confermando quindi in sostanza, le scelte sostenute nel 2000.

Per quanto concerne invece la normativa tariffaria dei DRG chirurgici individuati prima con il DPCM del 2001 e poi con quello del 2008, la Regione ha individuato come regola generale, un rimborso per le prestazioni di ricovero diurno in DaySurgery pari all'80% del corrispondente DRG in regime ordinario.

4.2.2) ANALISI DELL'ATTIVITA' DI DAY SURGERY SVOLTA

Concludiamo l'analisi dell'attività di DaySurgery in Emilia-Romagna snocciolando qualche dato inerente alla chirurgia di giorno svolta in questa Regione.

Nel precedente capitolo abbiamo rilevato, dagli ultimi dati disponibili sul sito del Ministero della Sanità, aggiornati al 2007, che la media nazionale dei D.R.G. trattati in DaySurgery (sul totale) si attesta al 35,2%³ circa. È comunque doveroso sottolineare la presenza di un' importante discrepanza fra le varie regioni: la Provincia autonoma del Trentino al 2007 ha trasferito il 53,5% di tutte le attività svolte sul suo territorio in DaySurgery, il Piemonte e la Sicilia hanno raggiungono quasi il 48%, mentre altre realtà come il Lazio o la Puglia, non hanno nemmeno toccato il 29%.

L' Emilia-Romagna detiene una percentuale sensibilmente inferiore alla media nazionale, attestandosi al quint' ultimo posto fra tutte le regioni italiane con una percentuale pari a 30,1%. Questo dato, riferito al 2007, è il risultato di una progressiva riduzione del numero di D.R.G. eseguiti in regime di DaySurgery: a partire dal 2002, anno in cui questo rapporto ammontava al 37% circa, si è osservato infatti ad un graduale trend negativo che già nel 2005 condusse ad una riduzione delle prestazioni erogate in regime di chirurgia di giorno di 5 punti percentuali rispetto all' ammontare rilevato tre anni prima.

La notevole diminuzione percentuale non può essere attribuita solo al trasferimento di alcune procedure di DaySurgery in chirurgia ambulatoriale, ma deve essere ricercata nell' effettiva applicazione delle norme fino a qui esaminate. Infatti, se da un lato le leggi approvate dalla Regione mirano a dare un' importante impulso allo sviluppo della chirurgia a ciclo diurno, nel concreto questi atti normativi non hanno trovato riscontro pratico: in Emilia-Romagna pochissime realtà, e, a macchia di leopardo, hanno dato seguito alle indicazioni della D.G.R. 559 del 2000. Le Unità autonome di DaySurgery e le Unità operative di degenza monospecialistica o multidisciplinare all' interno di una casa di cura possono infatti contarsi sulle dita di

³ I dati presenti in questo paragrafo sono stati gentilmente concessi dal Dott. Palumbo, Terni

una mano: questo sta a significare che l' Emilia-Romagna è orfana di quel sistema sanitario/assistenziale che deve essere associato alla DaySurgery, auspicato dalla normativa e necessario per l' effettiva realizzazione degli obbiettivi previsti.

Se si procedesse ad una concreta riorganizzazione del sistema sanitario regionale, nella pratica e non solo a livello legislativo, che comporti dunque la creazione di un maggiore numero strutture appositamente adibite all' erogazione dei servizi effettuabili in chirurgia a ciclo diurno su tutto il territorio regionale, si potrebbe ipotizzare, in un futuro immediato e senza dubbio alcuno, un forte incremento nell' utilizzo di questo modello organizzativo tale da permettere un sensibile cambio di tendenza rispetto agli anni passati, con un conseguente aumento di tali percentuali.

IMPATTO ECONOMICO ED ORGANIZZATIVO NEL TERRITORIO RIMINESE DEL MODELLO DI DAYSURGERY

Lo studio compiuto nei precedenti capitoli ha permesso di conoscere l'evoluzione normativa e legislativa del sistema organizzativo della DaySurgery, sia a livello nazionale che nel contesto emiliano-romagnolo. Analizzeremo, ora, l'offerta sanitaria riminese, definendone la configurazione e l'attività della ASL (per ogni singolo presidio ospedaliero), con particolare riguardo agli interventi in Day Surgery sostenuti negli ultimi tre anni. Il fine sarà quello di valutare se vi sia, per la Day Surgery, un progetto strategico comune ed eventualmente di ipotizzare proposte, in un ottica di lungo periodo, volte ad un suo razionale sviluppo.

5.1) CONFIGURAZIONE ED OFFERTA SANITARIA NEL RIMINESE

5.1.1) L'ASL DI RIMINI

L'Azienda Sanitaria Locale di Rimini è l'ente strumentale attraverso cui la Regione assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza nell'ambito territoriale della provincia di Rimini. L'Azienda è stata istituita con delibera della Giunta Regionale N. 2450 del 07/06/1994 ai sensi dell'art. 3 comma 1-bis del D. L. gs. n. 502/92 e

succ. mod., della L.R. 29/2004 e succ. mod. ed ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

L' ASL di Rimini è articolata in due Distretti sanitari con due Dipartimenti delle Cure Primarie, il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento di Sanità Pubblica.

L' AZIENDA IN CIFRE (dati 2006 ASL RIMINI):

Estensione territoriale: 533,7 Km²

Residenti: 283.239

Popolazione estiva: 2.063.000

Comuni del distretto di Rimini: 6 (Rimini, Santarcangelo, Bellaria-Igea Marina, Verucchio, Poggio Berni, Torriana)

Comuni del distretto di Riccione: 14 (Riccione, Cattolica, Misano Adriatico, Coriano, S.Giovanni in Marignano, Morciano, S.Clemente, Saludecio, Montescudo, Montecolombo, Montefiore, Mondaino, Gemmano, Montegridolfo)

Dipendenti: 3.170

Prenotazioni CUP: 417.780

Prestazioni Ambulatoriali: 3.922.312

Ricoveri: 58.149

Valore di produzione in euro: 421.338.000

Costo di produzione in euro: 417.040.000

I due Presidi ospedalieri comprendono quattro stabilimenti di ricovero (Rimini, Santarcangelo, Riccione e Cattolica):

✚ Il Presidio di Rimini-Santarcangelo comprende l'Ospedale "Infermi" di Rimini e l'Ospedale "A. Franchini" di Santarcangelo.

✚ Il Presidio di Riccione-Cattolica comprende l'Ospedale "Ceccarini" di Riccione e l'Ospedale "Cervesi" di Cattolica.

Le strutture private accreditate sono cinque. Complessivamente i ricoveri annui erogati (ordinari e di day hospital) sono 58.149; e quasi 4 milioni le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Tali strutture private sono:

- ✚ Villa Maria; Viale Matteotti, 24 47037 Rimini.
- ✚ Luce sul mare; via Duccio, 8 47900 Rimini.
- ✚ Sol et Salus; Via S. Salvador, 204 47040 Torre Pedrera (RN).
- ✚ Prof. Montanari; Via Roma, 7 47037 Morciano di R. (RN).
- ✚ Villa Salus; via Porto Palos, 93 47811 Viserbella (RN).

L' ASL di Rimini partecipa al Progetto di Area Vasta Romagna, il programma che intende consolidare e sistematizzare le relazioni di collaborazione (programmatica, organizzativa, gestionale) tra le aziende sanitarie di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini nell' obiettivo di assicurare il mantenimento e lo sviluppo di servizi accessibili e di qualità ottimizzando l' uso delle risorse disponibili. L' Azienda considera questa coesione funzionale alla costituzione di forme organizzative volute ad assicurare il miglioramento del grado di sinergia, coerenza, efficacia, qualità e sostenibilità dei servizi offerti, tramite l' assunzione di comportamenti comuni nel campo degli

interventi di programmazione, organizzazione, e produzione dei servizi sanitari e tecnico-logistici e di approvvigionamento.

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E LORO REPARTI:

Emergenza urgenza

- Pronto soccorso e medicina d'urgenza di Rimini,
- Pronto soccorso e medicina d'urgenza di Riccione,
- Anestesia e rianimazione di Rimini,
- Anestesia e rianimazione di Riccione,
- Ortopedia e traumatologia di Rimini,
- Ortopedia e traumatologia di Riccione,
- Recupero e rieducazione funzionale,
- Chirurgia polispecialistica,
- 118 Rimini Soccorso

Patologia clinica e Radiologia Medica Diagnostica e Interventistica

- Anatomia Patologica e Citologia,
- Laboratorio Analisi Chimico Cliniche,
- Servizio Trasfusionale (ST),
- Prestazioni di Radiologia Medica e Neuroradiologia,
- Radiologia medica I,
- Radiologia medica II,
- Neuroradiologia

Oncologico

- Oncologia,

- Terapia antalgica e cure palliative,
- Radioterapia

Malattie cardiovascolari

- Chirurgia vascolare,
- Geriatria ,
- Cardiologia e UTIC di Rimini,
- Cardiologia e UTIC di Riccione,
- Medicina generale e Angiologia

Chirurgico

- Otorinolaringoiatria,
- Oculistica,
- Dermatologia,
- Chirurgia generale e d'urgenza,
- Chirurgia generale di Santarcangelo Di Romagna,
- Urologia

Materno Infantile

- Pediatria,
- Terapia intensiva neonatale,
- Fisiopatologia della riproduzione,
- Chirurgia pediatrica,
- Ostetricia e ginecologia,
- Genetica Medica,
- Ginecologia chirurgica

Internistico I

- Malattie infettive,

- Medicina Interna I e Reumatologia,
- Neurologia,
- Chirurgia generale e toracica di Riccione,
- Pneumologia,
- Post acuti di Rimini

Internistico II

- Medicina generale II di Rimini,
- Nefrologia e dialisi,
- Post acuti di Santarcangelo Di Romagna,
- Medicina generale III di Santarcangelo Di Romagna,
- Gastroenterologia ed endoscopia digestiva,
- Medicina generale IV di Cattolica

La **Missione** dell'ASL di Rimini è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando: *a)* azioni e servizi sanitari necessari alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia, alla cura, alla riabilitazione fisica, sociale e lavorativa; *b)* la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, avvalendosi anche delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati; *c)* la gestione integrata di attività socio-sanitarie da perseguirsi attraverso la creazione di reti di servizi socio-sanitari per la presa in carico di patologie croniche; *d)* l'integrazione fra la funzione di

assistenza e quella di formazione e di ricerca il cui sviluppo e indispensabile per garantire la costante innovazione del sistema.

La **visione** strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo capace di supportare caratteristiche di appropriatezza, di efficacia, di tempestività, di adeguatezza e di qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed attese, orientato al miglioramento continuo della qualità della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione del cittadino e degli operatori, in un contesto di ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili.

Per il raggiungimento della missione e la realizzazione della propria visione strategica, l'ASL di Rimini ricerca sinergie con le altre Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna ed in particolare con quelle di Cesena, Forlì e Ravenna, assieme alle quali, costituisce l' "Area Vasta Romagna". L'Azienda considera questa coesione funzionale alla costituzione di forme organizzative volte ad assicurare il miglioramento del grado di sinergia, coerenza, efficacia, qualità e sostenibilità dei servizi offerti, tramite l'assunzione di comportamenti comuni nel campo degli interventi di programmazione, organizzazione, e produzione dei servizi sanitari e tecnico-logistici e di approvvigionamento.

5.1.2) OFFERTA SANITARIA TERRITORIALE DI DAY SURGERY

L'ASL di Rimini fornisce a propri pazienti prestazioni sanitarie sia in regime di ricovero ordinario, che in Day Hospital e Day Surgery. Nel triennio 2007/2009, gli ambiti di specializzazione medica, nei quali sono stati erogati servizi di Day Hospital e Day Surgery, sono stati i seguenti:

- **Ospedale di Rimini:**

- ✓ Chirurgia Generale 1;
- ✓ Chirurgia Pediatrica;
- ✓ Chirurgia Vascolare;
- ✓ Dermatologia;
- ✓ O. R. L. ;
- ✓ Ortopedia;
- ✓ Ostetricia Ginecologica;
- ✓ Urologia.

- **Ospedale di Santarcangelo:**

- ✓ Chirurgia Generale 3.

- **Ospedale di Riccione:**

- ✓ Chirurgia Generale;
- ✓ Oculistica;
- ✓ Ortopedia e Traumatologia 1.

- **Ospedale di Cattolica:**

- ✓ Chirurgia Generale;
- ✓ Dermatologia;
- ✓ Fisiopatologia della riproduzione umana;
- ✓ Ginecologia;
- ✓ Oculistica;
- ✓ Ortopedia e Traumatologia 2;
- ✓ Ortopedia e Traumatologia 3.

Prima di valutare i dati numerici forniti dall' ASL di Rimini, per maggior chiarezza è opportuno precisare che faremo riferimento a due parametri: “interventi in regime di Day Hospital/Day Surgery/One Day Surgery” (interventi chirurgici per i quali è richiesto massimo una giornata di ricovero) e “Totale Dimessi” con cui intendiamo il totale dei dimessi per la stessa tipologia di intervento contabilizzati indipendentemente dalla modalità di ricovero stabilita (regime Ordinario + Day Hospital + Day Surgery). Con il termine “Indice Day Surgery/Indice medio di Trasferibilità” consideriamo invece il semplice rapporto in percentuale dei due valori appena definiti (IN FORMULA: [Day Hospital + Day Surgery] x 100/Dimissioni totale).

	2007	2008	2009
dimissioni totale	5.309	5.101	5.302
in regime di Day Hospital/Day Surgery/One Day Surgery	4.420	4.298	4.501
indice medio di trasferibilità	83%	84%	84%

Nel 2007 sono stati effettuati 5.309⁴ “dimissioni totale” di cui 4.420 “in regime di Day Hospital/Day Surgery/One Day Surgery”, con un “indice medio di trasferibilità” pari all’ 83%. Le due strutture ospedaliere che hanno eseguito il maggior numero di interventi chirurgici sono state quella di Rimini, con un totale di 2.629 “dimissioni totali” e un “indice Day Surgery” pari all’ 81%, e Cattolica, presidio ospedaliero specializzato in Ortopedia, che ha sostenuto circa 1.601 “Dimissioni Totali” con un indice di trasferibilità pari al 99%.

⁴ Dato Ufficiale fornito gentilmente dal Dott. Ferrari dell'ASL di Rimini. Anche i dati successivi presenti in questo paragrafo sono stati forniti dal Dott. Ferrari.

Nel 2008 l' Azienda USL di Rimini ha dovuto far fronte a 5.101 "dimissioni totali" di cui 4.298 "in regime di Day Hospital e Day Surgery/One Day Surgery", con un "indice medio di trasferibilità" pari all' 84,26%.

Il 2009 si è concluso sostanzialmente con gli stessi dati del 2007 riguardo le "dimissioni totali", ma "l' indice di Day Surgery" è aumentato di un punto percentuale attestandosi all' 84,40%. In particolare si nota una marcata variazione fra i singoli presidi ospedalieri: Rimini e Cattolica hanno subito una lieve flessione in termini assoluti di "dimissioni totali" pur raggiungendo Rimini l' 84% di trasferibilità rispetto l' 81% di due anni prima, mentre Cattolica ha ridotto tale percentuale dello 0,50%. Riccione è passato da un "totale dimessi" del 2007 di 555 (con un "indice Day Surgery" del 60%), a 688 "dimissioni totali" nel 2009("indice di Day Surgery del 63%); Santarcangelo ha invece rappresentato un vero e proprio exploit passando da 524 "dimissioni totali" e una trasferibilità pari al 70% nel 2007 a 675 "dimissioni totali" con un "indice medio di trasferibilità" di oltre il 77%.

Un approfondimento dei dati evidenzia come i ricoveri complessivi annui, ordinari e non, si attestano a circa 60.000 di cui solo l' 8% viene svolto in regime di Day Surgery: possiamo per tanto affermare che tale attività, seppur discreta negli indici di Day Surgery e costante nel triennio di riferimento, sia quantitativamente bassa. Ciò conferma che molte delle prestazioni individuate dalla Regione Emilia-Romagna come eseguibili in Day Surgery/Day Hospital non vengono ancora erogate in tale regime. Sicuramente una variazione in positivo si avrà con l' entrata in vigore dei nuovi LEA-2008 che hanno aggiunto, alle 43 prestazioni identificate dai LEA del 2001 come "potenzialmente inappropriati", ulteriori sessantaquattro.

Una prima considerazione relativa ai dati dell' ASL di Rimini ci porta a concludere che non vi è una gestione unificata dell' attività chirurgica in Day Surgery e soprattutto non vi sono delle strutture appositamente dedicate in questo genere di prestazioni. Ogni presidio ospedaliero ed ogni casa di cura accreditata svolge al proprio interno in modo autonomo e indipendente rispetto alle altre (Cattolica, ad esempio, si è specializzata principalmente nell' ortopedia, mentre Riccione nell' oculistica) tutte le tipologie di attività chirurgiche da quelle più complesse a quelle meno. La mancata concentrazione delle risorse in via esclusiva o quantomeno principale sulla bassa complessità, non permette a nessuno dei quattro ospedali di raggiungere il Break Even Point, fissato dagli esperti del settore a 2.500/3.000⁵ interventi annui, determinando quindi inefficienze da un punto di vista economico e gestionale; pertanto, per migliorare l' offerta sanitaria, è necessario pensare ad una vera riorganizzazione che porti all' implementazione ed alla creazione di nuovi modelli e strutture dedite unicamente all' attività di Day Surgery.

5.2) ANALISI ECONOMICA DELLA DAY SURGERY

Affronteremo ora un' analisi economica delle prestazioni chirurgiche eseguibili in Day Surgery prendendo a campione tre DRG che, con maggior frequenza, vengono eseguiti in tale regime: intervento sul cristallino, intervento di flebectomia (legatura e stripping di vene), intervento di ernia inguinale.

E' importante premettere che ad oggi i rimborsi concessi dalle ASL ai presidi ospedalieri per le prestazioni erogate vengono utilizzati non solo per garantire l' intervento in questione, ma anche per mantenere attiva tutta la struttura ospedaliera: capita dunque che una

⁵ Dato gentilmente fornito per mezzo di intervista diretta dal Dott. Giorgio Celli, Direttore Generale del Centro medico polispecialistico privato 'Nuova Ricerca', in Rimini.

percentuale non definibile venga impiegata per il funzionamento di altri servizi che non hanno niente a che fare con la singola prestazione chirurgica a bassa complessità. Proprio per questo motivo non è possibile definire con esattezza i reali costi che l' ASL sopporta per erogare una prestazione: se i costi diretti, quelli dei materiali e del personale, sono indicativamente determinabili, i costi indiretti, relativi al mantenimento della struttura sono difficilmente quantificabili.

DRG 39 - INTERVENTO SUL CRISTALLINO:

Per cataratta s' intende un opacamento del cristallino dell'occhio: l'intervento chirurgico sul cristallino consiste nell' impianto di una lente artificiale, che sostituisce la capacità refrattiva del cristallino naturale asportato.

Nel 2005, in Emilia-Romagna, sono stati effettuati 15.748⁶ interventi di cui il 93% in regime di Chirurgia Ambulatoriale. Il rimborso previsto per tale DRG è identico indipendentemente dal fatto che la prestazione venga eseguita in regime ordinario o in Chirurgia Ambulatoriale: per le strutture ospedaliere di fascia A (presidi ospedalieri e strutture di ricovero pubblici di alta specializzazione) è previsto un rimborso pari a 1.033€ a singola prestazione, per le strutture sanitarie di fascia B (restanti strutture di ricovero pubbliche e private) è di 900€.

Il fatto che questo intervento chirurgico possa essere erogato in una struttura preordinata alla sola bassa complessità, dove non sussistono reparti non inerenti alla prestazione erogata, permette di raggiungere un risparmio importante rispetto al DRG attualmente riconosciuto grazie all' eliminazione di quei costi indiretti precedentemente descritti. Nell' "Allegato A" possiamo osservare come

⁶ Dato Ufficiale ricercato sul sito del Ministero della salute.

i costi diretti relativi al materiale necessario per l' esecuzione dell' intervento sul cristallino sia pari a 490⁷€ (senza considerare economie di scala). Sommando a tale importo il costo per il personale di sala operatoria (ovvero gli infermieri, con una tariffa cadauno pari a 25 euro l' ora), l' utilizzo della sala operatoria e la degenza pari a 150€ (all' interno della quale è già incluso il profitto per la struttura), gli esami pre-operatori (E.C.G., lastra toracica e referti: circa 120€), possiamo affermare che per eseguire un' operazione sul cristallino in tali strutture sia necessaria una spesa di circa 820€. Il risparmio medio è di 150€ per singola prestazione chirurgica: risparmio che, in considerazione di probabili economie di scala, può raggiungere anche cifre superiori.

DRG 39	Rimborso DRG attualmente previsto dalla regione E. R.	DRG rimborsabile se effettuato in Day Surgery
€	1.033	820

DRG 119 - FLEBECTOMIA

La **Flebectomia** è una tecnica che consente l' asportazione di varici e varicosità in anestesia locale. Tale metodica non richiede suture né legature vascolari: tutto questo grazie all' uso di un particolare tipo di bisturi, in origine progettato per essere usato in chirurgia oculistica, con il quale è possibile eseguire incisioni quasi microscopiche, ma nel contempo estremamente nette e regolari, ognuna perfettamente ripetibile per dimensioni e profondità; a questo si associa l' uso di uno "scollatore sottocutaneo" grazie al quale viene facilitata la fuoriuscita della vena attraverso la microincisione, dopo averla arpionata e sollevata con un uncino.

⁷ Dati Economici, questo e i successivi, basati sull'attività svolta Centro medico polispecialistico privato 'Nuova Ricerca' generale della Nuova Ricerca e gentilmente fornito dal Direttore Generale Giorgio Celli.

Nel 2005, in Emilia-Romagna, sono stati effettuati 10.935 interventi di cui l' 81%⁸ in regime di Day Surgery. Il rimborso previsto per tale DRG, indipendentemente dalla fascia di appartenenza della struttura erogatrice e dal regime in cui viene effettuata, è pari a 1.800€.

Tenendo sempre in considerazione le precisazioni fatte in precedenza sui costi indiretti, possiamo osservare nell' "Allegato B" i costi relativi al materiale necessario per l' esecuzione di questa tipologia d' intervento: 193€⁹. Ipotizzando medesimi costi per il personale infermieristico e per gli esami pre-operatori già analizzati nel DRG 39, e considerando la tariffa per l' utilizzo della sala operatoria e per la degenza pari a 250€ (all' interno della quale è già incluso il profitto per la struttura) possiamo notare come la spesa complessiva per effettuare un intervento di Flebectomia in una struttura dedicata alla sola bassa complessità s' attesti a circa 640€. Risparmio, in assenza di economie di scala, pari a due/terzi del rimborso previsto dall' attuale DRG.

DRG 119	Rimborso DRG attualmente previsto dalla regione E. R.	DRG rimborsabile se effettuato in Day Surgery
€	1.800	640

DRG 162 - ERNIA INGUINALE

L'ernia inguinale avviene quando una parte dell' intestino sporge attraverso la zona inferiore della parete addominale. La tecnica di riparazione delle ernie con materiale protesico ha permesso di ridurre i tempi dell' intervento chirurgico, lo stimolo doloroso dopo l' intervento, la percentuale di recidive erniarie a distanza dopo l' intervento,

⁸ Dato Ufficiale ricercato sul sito del Ministero della salute.

⁹ Dati Economici, questo e i successivi, basati sull'attività svolta Centro medico polispecialistico privato 'Nuova Ricerca' generale della Nuova Ricerca e gentilmente fornito dal Direttore Generale Giorgio Celli.

favorendo una veloce ripresa delle normali attività lavorative. L'utilizzo del materiale protesico, infatti, permette di chiudere il percorso di uscita dell'ernia senza stirare i tessuti del paziente.

Nel 2005, in Emilia-Romagna, sono stati effettuati 11.958 interventi di cui l' 51,6%¹⁰ in regime di Day Surgery. Il rimborso previsto per tale DRG varia: se effettuato in una struttura di "fascia A" e in Regime Ordinario viene rimborsato a 1.465€, in una struttura di "fascia B" a 1.337€. se sostenuta in regime di Day Surgery il rimborso previsto è di 1.172€ alle strutture di "fascia A" e di 1.069€ per quelle di "fascia B" .

Nell' "Allegato C" vengono elencati tutti i costi dei materiali sanitari necessari all' esecuzione dell' intervento chirurgico di ernia inguinale, per un totale di 160€¹¹ (senza considerare economie di scala). 300€ è il listino di spesa per l' utilizzo della sala operatoria, 75€ il costo del personale infermieristico ai quali devono essere aggiunti 120€ per gli esami pre-operatori: in una struttura dedicata alla sola Day Surgery l' ernia inguinale verrebbe a costare circa 650€. Anche in tal caso il risparmio ottenibile è superiore al 50% del rimborso previsto dall' attuale DRG.

DRG 162	Rimborso DRG attualmente previsto dalla regione E. R.	DRG rimborsabile se effettuato in Day Surgery
€	1.465	650

¹⁰ Dato Ufficiale ricercato sul sito del Ministero della salute.

¹¹ Dati Economici, questo e i successivi, basati sull'attività svolta Centro medico polispecialistico privato 'Nuova Ricerca' generale della Nuova Ricerca e gentilmente fornito dal Direttore Generale Giorgio Celli.

Per raggiungere gli obiettivi di abbattimento dei costi e razionalizzazione delle risorse disponibili, la struttura preposta alla sola bassa complessità deve tuttavia garantire determinati standard sanitari, strutturali ed organizzativi. Lo standard minimo necessario a garantire un livello di efficienza qualificata di Day Surgery per una attività di 3.000 interventi/annui:

1. Ambito strutturale:

- ✚ 1 segreteria volta alla gestione organizzativa dell'attività medica;
- ✚ 2 sale operatorie;
- ✚ 10 posti letto;
- ✚ Uno spazio dedicato alla visita anestesiologicala pre-operatoria, per definire l'eventuale accettazione clinica del paziente (recovery room).

2. Servizi:

- ✚ Laboratorio analisi;
- ✚ Servizio di Radiologia;
- ✚ Servizio di Cardiologia;

3. Personale:

- ✚ Segretarie addetta alla gestione degli appuntamenti;
- ✚ Anestesista (1 per turno minimo);
- ✚ Chirurghi (2 per turno minimo);
- ✚ Infermiere di sala (2 per turno minimo);

✚ Infermiera di reparto (1 per turno minimo).

Ovviamente la struttura specializzata in bassa complessità, per operare in modo efficiente, deve mantenere un elevato turn-over dei pazienti e conseguentemente numero elevato di prestazioni erogate per raggiungere il Break Even Point di 2.500/3.000 interventi annui. Le prestazioni eseguibili dovranno riguardare tutte le branche di specializzazione chirurgica: la Chirurgia Generale di bassa complessità, l'Ortopedia, la Flebologia, la Dermatologia, l'Oculistica, l'Urologia, l'Otorinolaringoiatria e la Ginecologia.

5.3) SCENARI FUTURI PER RIORGANIZZARE L'OFFERTA SANITARIA RIMINESE

L'analisi svolta ci ha permesso di comprendere quanto sia importante procedere ad una riorganizzazione dell'offerta sanitaria incrementando lo sfruttamento del modello di Day Surgery. Tuttavia è evidente che l'intera attività chirurgica a bassa complessità deve essere concentrata in un'unica struttura per essere veramente efficace ed efficiente sotto ogni punto di vista. È quindi necessario individuare soluzioni reali applicabili al contesto territoriale riminese. Questi gli scenari ipotizzati:

✓ Dedicare una struttura Ospedaliera già esistente alla sola attività di Day Surgery;

✓ La costituzione o il coinvolgimento di strutture private specializzate in attività di Day Surgery.

✓ Adibire le case di cura accreditate alla erogazione delle prestazioni chirurgiche a bassa complessità oppure prevedere, anche tramite accordi contrattuali con l'ASL locale,

5.3.1D LA CONVERSIONE OSPEDALIERA

Come già osservato in precedenza nel territorio riminese sono presenti ben 4 presidi ospedalieri (Santarcangelo, Rimini, Riccione, Cattolica) tutti attrezzati per far fronte ad ogni richiesta di prestazione chirurgica da quella bassa a quella più complessa. E' evidente che tali strutture siano eccessive per un' area geografica così limitata che conta meno di 40km fra le due cittadine più lontane. Si potrebbe quindi considerare di cambiare, ad una o più di esse, destinazione d' uso specializzandola nella Day Surgery: i presidi ospedalieri che si prestano maggiormente allo scopo potrebbero essere a mio parere quelli di Cattolica e di Santarcangelo nei quali l' attività ospedaliera classica è certamente garantita ed erogata, ma i volumi di domanda risultano essere senza dubbio inferiori rispetto a quelli di Rimini e Riccione, centri ai quali i pazienti si rivolgono con più frequenza.

L' ipotesi di base è “l' Open Hospital” : con questa terminologia ci riferiamo alla situazione in cui la struttura dedicata alla sola bassa complessità garantisce, tramite contratto con l' ASL di riferimento, l' utilizzo dell' edificio e delle apparecchiature mediche oltre al personale infermieristico e amministrativo; l' Azienda Sanitaria invece assicura i Professional, ovvero medici ed anestesisti. Questo tipo di rapporto contrattuale permetterebbe alla struttura pubblica di utilizzare i propri professionisti dipendenti in un centro interamente dedicato, a livello organizzativo, all' attività di medio/bassa complessità, con benefici sia economici che di soddisfazione del paziente.

In termini di capacità ricettiva e di costi di “conversione” , queste strutture, sicuramente non presentano particolari problemi;

l' ostacolo maggiore per una scelta di questo tipo è di carattere politico-culturale. La bassa chirurgia viene spesso erroneamente vista come una chirurgia di categoria inferiore: la trasformazione del proprio presidio ospedaliero in un centro di chirurgia a bassa complessità potrebbe essere vissuta dall' amministrazione comunale in questione come un declassamento della propria offerta sanitaria e della propria immagine territoriale.

In Italia un precedente italiano di conversione ospedaliera in struttura specializzata di Day Surgery è rappresentato dall' Istituto Ortopedico Toscano Palagi (IOT). Il Palagi, situato a Firenze, compone, assieme all' Ospedale di Santa Maria Nuova, il "Presidio Firenze Centro" dell' ASL della città. Tale complesso conta oggi due soli reparti di degenze (Geriatrics e Oculistica), svolgendo invece intensa attività in regime di Day Surgery aziendale e ambulatoriale. L' attività di Day Surgery specialistica comprende i seguenti reparti: Ostetricia, Ginecologia, Urologia, Chirurgia Addominale e Proctologica, Chirurgia Ortopedica, Chirurgia Odontostomatologica, Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Ambulatoriale, Otorinolaringoiatria, Chirurgia della Mano e dell' Arto Superiore e Anestesia. Svolgono inoltre attività ambulatoriale e servizi: Ambulatori di Day Surgery, Oculistica "Casi Urgenti", Ortottica, Chirurgia della Mano e dell' Arto Superiore, Reumatologia, Neurologia, Otorinolaringoiatria, Dietetica Professionale, Riabilitazione Cardiovascolare, Algologia, Fisiopatologia Respiratoria, DH Multidisciplinare: Geriatrics e Riabilitazione Geriatrics, Riabilitazione Funzionale, Ginecologia - Centro di Isteroscopia, Ostetricia, Servizio di Nutrizione Artificiale Aziendale, Punto Prelievi, Farmacia, Radiodiagnostica, Unità di Cure Continue, Centro Salute Mentale, Officina Ausili, Servizio di Medicina Materno Fetale e AVIS - Centro raccolta.

Questa istituzione storica per la città di Firenze, sorta nel 1923 come centro specializzato in ortopedia, per mano del luminaire della medicina fiorentina, Piero Palagi, ha assunto negli ultimi anni un forte impulso nella gestione della chirurgia a bassa complessità: nel 2008 sono stati effettuati in tale regime circa 8.500¹² interventi. Nel primo semestre del 2010 il numero di operazioni chirurgiche è rimasto sostanzialmente in linea con gli anni precedenti arrivando a svolgere circa 5.000 interventi: 2.300 in regime di Day Surgery ambulatoriale e 2.600 in attività operatoria di Day Surgery. L' istituto ha inoltre maturato una forte immagine e competenza nell' ambito oculistico, le cui operazioni chirurgiche rappresentano il 25% dell' intera attività a bassa complessità.

L' ospedale Palagi rappresenta dunque un modello da cui attingere idee e competenze organizzative nel caso di conversione ospedaliera di uno dei quattro presidi presenti nella provincia di Rimini.

5.3.2) ACCORDO CON STRUTTURE PRIVATE ADIBITE AL SOLO SVOLGIMENTO DELLA DAY SURGERY

Questo scenario si basa sulla cessione, da parte dell' ASL, di un proprio ramo d' azienda. Si tratterebbe in sostanza di creare una solida partnership tra l' azienda sanitaria locale e una (o più) strutture private presenti sul territorio. Anche in questo caso si potrebbe configurare un ipotesi di "Open Hospital" regolamentato tramite contratti stipulati fra la parte pubblica e quella privata secondo diverse possibilità sia economiche (budget erogato dall' ASL, rimborsi previsti per DRG effettuati), sia di personale utilizzato. La struttura privata di Day Surgery potrebbe così eliminare i costi dei contratti per medici e anestesisti, i quali, rimangono a carico

¹² Dato gentilmente fornito dal Dott. Stefano Falchi, Firenze.

dall' Azienda Sanitaria, permettendo quindi una razionalizzazione efficiente delle risorse a disposizione.

Come nella soluzione precedente, la struttura sanitaria scelta non presenterebbe particolari problematiche in termini di capacità ricettiva e costi di conversione. Si raggiungerebbe invece una maggiore specializzazione nella gestione della bassa complessità, una migliore capacità organizzativa ed un servizio qualitativamente superiore.

5.3.3) ASSEGNAZIONE ALLE CASE DI CURA ACCREDITATE DELL'ATTIVITA' DI DAY SURGERY

L' ipotesi di "Open Hospital" sostenuta nei due scenari precedenti non è in tal caso attuabile per problemi di incompatibilità: la normativa dell' Emilia-Romagna, in tema di accreditamento delle strutture sanitarie, prevede come requisito fondamentale che le prestazioni erogate dalla casa di cura accreditata vengano effettuate da Professional interni alla stessa. Per tale motivo l' ipotesi in cui i medici dell' ASL vadano ad operare in una di queste strutture non è ad oggi perseguibile. Lo svolgimento di attività in Day Surgery nelle case di cura accreditate si deve quindi basare sulla definizione, da parte dell' ASL locale, di budget annuali per l' erogazione della bassa complessità, ma non può contemplare che le prestazioni erogate vengano fornite da Professional esterni alla struttura stessa. L' eventuale chirurgia a medio-alta complessità potrebbe poi essere contrattata a parte in base al rapporto di domanda/offerta prevista nella provincia riminese.

Anche in tal caso non si riscontrano sulla carta criticità a livello organizzativo, tuttavia un eventuale ostacolo potrebbe scorgersi sotto un profilo culturale: nello specifico le case di cura accreditate non sono tradizionalmente votate a questa tipologia di attività, questo,

potrebbe dunque creare una certa resistenza ad una trasformazione così radicale.

In Italia esiste un precedente in questo senso rappresentato da una struttura di Day Hospital/Day Surgery chirurgico: l' Humanitas di Milano. Appellandoci a questo importante precedente, è possibile capire come la conversione di questa tipologia di centri sanitari sia una strada effettivamente percorribile nel lungo periodo con la possibilità di raggiungere, come nel caso di Humanitas, importanti traguardi organizzativi e sanitari. Humanitas è un ospedale accreditato con una forte vocazione per l' approccio polispecialistico e l' alta specialità. Reso attivo nel 1997, è il primo Day Hospital chirurgico realizzato in Italia come reparto autonomo: è costituito da un area di accoglienza e preparazione dei pazienti (recovery room), un blocco di sei sale operatorie ed una degenza post operatoria dove i pazienti sono monitorati ed assistiti sino al momento della dimissione. Le unità chirurgiche, che afferiscono al blocco di Day Hospital/Day Surgery sono: oculistica, ortopedia, ortopedia pediatrica, chirurgia generale, vascolare, plastica, urologia, patologia riproduttiva, otorinolaringoiatria, chirurgia generale mini-invasiva e dermatologia. Per queste specializzazioni vengono effettuati tutti interventi a bassa invasività: all' interno dell' Unità Operativa dedicata vengono eseguiti 9.000 interventi annui (ben superiori al Break Even Point già fissato dagli esperti del settore di 2.500/3.000 interventi annui), con una percentuale di interventi in Day Surgery superiore all' 80% rispetto al totale degli interventi chirurgici, con un affluenza giornaliera di 45-50 pazienti. La percentuale delle remissioni ospedaliere post-dimissione del Day Hospital/Day Surgery chirurgico di Humanitas è al di sotto dei valori riportati in letteratura.

Questo modello organizzativo caratterizzato da una struttura autonoma di Day Surgery, situazione certamente più unica che rara nel

nostro paese, ci permette di comprendere come la conversione di case di cure accreditate in questo nuovo modello organizzativo sia perseguibile ed efficiente: Humanitas ha garantito ai propri pazienti una maggiore specializzazione delle proprie prestazioni a 360 gradi riuscendo a crescere e svilupparsi continuamente per 13 anni, diventando addirittura, un punto di riferimento nel ambito della gestione sanitaria. In sostanza è un modello che funziona realmente.

CONCLUSIONI

La continua crescita della domanda di salute pone una sfida alla sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, ed indirettamente del welfare, che può trovare solo una parziale risposta attraverso la modernizzazione dei servizi, l'applicazione di nuove tecnologie e la razionalizzazione delle risorse umane. La possibilità di compiere ulteriori passi in avanti è legata ad una visione strategica di più ampio respiro, alla capacità di investire su tecniche di valutazione in grado di orientare scelte basate su criteri oggettivi, ad operare interventi organizzativi per migliorare l'integrazione socio-sanitaria, e creare un nuovo rapporto tra salute e cittadini.

In tale ottica ha trovato sviluppo l'analisi svolta, seppure concentrando l'attenzione su di un piccolo settore della sanità quale quello della Day Surgery. L'accentramento di tutta l'attività chirurgica di bassa complessità in un'unica struttura dedicata, sembra rispondere a quei requisiti economici, di efficienza e di soddisfazione che al giorno d'oggi vengono richiesti.

Il cliente avrebbe un vantaggio temporale rappresentato dal fatto di non dover interrompere la sua vita normale e le sue attività quotidiane determinando una marcata riduzione della spesa economica-sociale in termini di ore lavorative perse: si calcola che la Day Surgery può far diminuire i costi fra il 30 e il 50 per cento. Anche da un punto di vista psicologico si avrebbero positive conseguenze: al paziente verrebbe evitato il distacco dal nucleo familiare e, sapendo di poter tornare a casa la sera stessa o l'indomani mattina, si accosterebbe alla chirurgia con uno stato d'animo indubbiamente più

sereno rispetto a chi, entrando, non ha certezza sulla durata dei tempi di ricovero. Inoltre, contrariamente a quanto avviene attualmente, il paziente trova di fronte a se un unico interlocutore a livello di struttura, evitando così il disagio di doversi rivolgere ad uno dei vari presidi ospedalieri presenti sul territorio, a seconda della specializzazione chirurgica che questi hanno sviluppato nel tempo.

Dall' altro lato l' ASL offrirà una migliore assistenza e certezza nei tempi di attesa ai pazienti affetti da patologie minori grazie ad un monitoraggio ed a una gestione della bassa complessità più semplice. Il miglior utilizzo delle risorse (posti letto e assistenza infermieristica, ad esempio) fornirebbe una maggiore qualificazione e specializzazione nella chirurgia a medio-alta complessità. Da un punto di vista economico si raggiungerebbe un notevole risparmio attraverso l' eliminazione dei costi di degenza di lungo periodo e la riduzione dei costi del personale per mezzo della chiusura sia notturna che del fine settimana: chiusura resa possibile proprio dalla natura stessa delle prestazioni chirurgiche che vengono offerte da tali strutture. Un aspetto non meno importante è rappresentato anche dalla possibilità di ridurre le infezioni ospedaliere che in Italia colpiscono circa 500mila pazienti su nove milioni e mezzo di ricoverati l' anno: vale a dire una percentuale compresa fra il 5 e il 17 per cento dei pazienti, con conseguente aumento della spesa sanitaria.

La struttura di Day Surgery tramite l' accordi con l' ASL di riferimento, otterrebbe un elevato flusso di pazienti, catalizzando nella propria struttura gli oltre 5.000 interventi annui che attualmente vengono erogati dalle diverse strutture della provincia romagnola, potendo così ottenere così un margine di profitto attraverso il raggiungimento dell' obiettivo di Break Even Point fissato a 2.500 interventi annui. Inoltre, la specializzazione e lo sfruttamento delle economie di scala, permetterebbero loro di raggiungere livelli di

efficacia ed efficienza ad oggi non perseguibili. Ovviamente l' accordo con l' Azienda Sanitaria Locale può prevedere diverse soluzioni, sia economiche (livello di budget erogato dall' ASL, quantitativi nei rimborsi sui DRG effettuati), sia di personale utilizzato (l' equipe medica e/o paramedica potrebbe essere fornita dalla struttura privata o dall' ASL stessa).

Concluderei con una frase di Albert Einstein che potrebbe essere il principio ispiratore di nuove soluzioni:

“la follia è fare sempre la stessa cosa pensando di ottenere risultati diversi”

Spesso non si può continuare a stirare una soluzione il cui paradigma è semplicemente stressare “una coperta usata”. Quindi è necessario cambiare radicalmente e il cambiamento spesso non passa per una razionalizzazione o una riduzione. Pertanto, probabilmente, sarà necessario uscire dal perimetro delle convinzioni comuni e raccogliere le criticità e le eccellenze del contesto creando una nuova visione che abbia come obiettivo l' equilibrio etico del sistema.

Bibliografia

- Ministero della Salute. (2008). *Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale*. Tratto il giorno 05 2010 da <http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=164&area=ministero&colore=2>
- Assemblea Costituente. (1947, 12 27). *la Costituzione*. Tratto il giorno 06 2010 da [senato.it: http://www.senato.it/istituzione/29375/131289/131307/131311/articolo.htm](http://www.senato.it/istituzione/29375/131289/131307/131311/articolo.htm)
- AUSL di Rimini. (s.d.). Tratto il giorno 05 2010 da <http://www.ausl.rn.it/doceboCms/index.php>
- AUSL di Rimini. (s.d.). *Distretti socio-sanitari*. Tratto il giorno 2010 07 da <http://www.ausl.rn.it/doceboCms/page/22/distretti.html>
- Azienda Sanitaria di Firenze. (s.d.). *Piero Palagi*. Tratto il giorno 07 2010 da http://www.asf.toscana.it/index.php?option=com_content&view=article&id=63:piero-palagi&catid=40:ospedali&Itemid=60
- Capotosti, P. P. (s.d.). *La tutela della salute nella Costituzione Italiana*. Tratto il giorno 2010 06 da http://www.aicca.it/index.php?option=com_content&view=article&id=422:la-tutela-della-salute-nella-costituzione-italiana&catid=62:editoriali&Itemid=27
- Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. (2010, 05 11). *livelli essenziali di assistenza (Lea)*. Tratto il giorno 06 2010 da <http://www.epicentro.iss.it/focus/lea/lea.asp>
- CERM. (2009, 06 17). *Spesa sanitaria: quali ipotesi per quali proiezioni? Ecofin e Ocse a confronto*. Tratto il giorno 06 2010 da <http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=36>
- Commissione di studio sulla day-surgery e la chirurgia ambulatoriale, intituita con D.M. del 12 Settembre 2000. (2001). *Proposta per l'organizzazione lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno*. Napoli: Editori s.a.s.
- Conferenza Stato Regioni. (2002, 08 01). *Linee guida per l'organizzazione delle attività di DaySurgery (Repertorio Atti n. 1516 del 1°Agosto 2002)*. Tratto il giorno 04 2010 da http://www.regione.vda.it/gestione/gestione_contenuti/allegato.asp?pk_allegato=4941
- Corriere della Sera. (2009, 04 12). *Aumenta la spesa sanitaria*. Tratto il giorno 05 2010 da http://archiviostorico.corriere.it/2009/aprile/12/Aumenta_spesa_sanitaria_co_9_090412_074.shtml
- Corriere della Sera. (s.d.). *Dizionario della Salute: Day Hospital*. Tratto il giorno 04 2010 da http://www.corriere.it/salute/dizionario/day_hospital/index_card.shtml
- Elio Guzzanti, I. M. (2006, 08 30). *La day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le*

prospettive di sviluppo. Tratto il giorno 07 2010 da
<http://www.daysurgeryitalia.it/pdf/MASTROBUONO%20ISABELLA%20C%20V%20.pdf>

- Celli, (2010, 03). (F. Venè, Intervistatore)
- Falchi (2010, 09). (F. Venè, Intervistatore)
- Ferrari (2010, 08). (F. Venè, Intervistatore)
- Francioni, D. G. (2010, 06). (F. Venè, Intervistatore)
- Palumbo (2010, 05). (F. Venè, Intervistatore)
- Galbiati, W. (2009, 11 16). *Un secondo pilastro per la Sanità*. Tratto il giorno 04 2010 da Repubblica.it: <http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2009/11/16/un-secondo-pilastro-per-la-sanita.html>
- GIUNTA REGIONALE EMILIA ROMAGNA. (2008, 01). *DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA IN STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE DELLE R.E.R. APPLICABILI E DECORRERE DALL'1/01/2008 (Delibera n. 1863 / 2008)*. Tratto il giorno 04 2010 da http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere_circ/del1863_2008/dg_2008_1863.pdf
- GIUNTA REGIONALE EMILIA ROMAGNA. (2004, 12 23). *NORME GENERALI SULL'ORGANIZZAZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (Legge regionale n.29 del 2004)*. Tratto il giorno 05 2010 da http://www.avvocatodistrada.it/adriservato/Normativa%20sul%20diritto%20alla%20salute/Legge%20regionale%202004_29%20%20Norme%20generali%20sull'organizzazione%20e%20il%20funzionamento%20del%20servizio%20sanitario%20regionale.pdf
- Giunta Regionale EmiliaRomagna. (2000, 03 01). *LINEE GUIDA PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA CHIRURGICA A CICLO DIURNO (Delibera Giunta N.ro 2000/559 - del 1/3/2000)*. Tratto il giorno 04 2010 da <http://www390z.regione.emilia-romagna.it/temp/docatto/201092295848104180900SPB00B8037.html>
- Humanitas. (s.d.). Tratto il giorno 07 2010 da <http://www.humanitas.it/cms/>
- il Sole 24ore. (2009, 12 08). *La sanità italiana costa meno della media Ocse*. Tratto il giorno 04 2010 da il Sole 24ore:
http://www.ilssole24ore.com/art/SoleOnLine4/Economia%20e%20Lavoro/2009/12/Ocse-sanita-Italia-sistema_sanitario.shtml?uuid=9c0c236c-e40d-11de-96ed-9909600eeb53&DocRulesView=Libero&fromSearch
- LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO (Rep. n. 243/CSR del 3/12/2009). (2009, 12 3). *normativa Patto per la Salute 2010/2012*. Tratto il giorno 04 2010 da http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/patto_salute/patto_3_dicembre_2009.pdf
- Leriche, R. (1937). *Zanichelli Editore Spa*. Tratto il giorno 05 2010 da Zanichelli Scienze: <http://scienze.zanichelli.it/biologia-e-dintorni/2009/05/23/che-cos-e-la-salute/>

- Longhi, E. A. (2009, 03 16). *La spesa sanitaria nei Paesi OCSE*. Tratto il giorno 05 2010, 2010 da <http://saluteinternazionale.info/2009/03/la-spesa-sanitaria-nei-paesi-ocse/>
- Ministero della Salute. (s.d.). *in generale*. Tratto il giorno 06 2010 da <http://www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/paginaInternaMenuProgrammazioneSanitariaELea.jsp?menu=lea&id=1300&lingua=italiano>
- Ministero della Salute. (2008, 04 23). *Le principali novità sotto il segno dell'innovazione scientifica e della maggiore attenzione alle cronicità*. Tratto il giorno 06 2010 da <http://www.salute.gov.it/dettaglio/pdNews.jsp?area=programmazione-lea&colore=3&id=1008>
- Ministero della Salute. (s.d.). *Patto per la Salute*. Tratto il giorno 05 2010 da <http://www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/paginaInternaProgrammazioneSanitariaELea.jsp?menu=patto&id=1299&lingua=italiano>
- Ministero della Salute. (s.d.). *Ricoveri, diagnosi, interventi effettuati e durata delle degenze di tutti gli ospedali*. Tratto il giorno 2010 05 da http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedali/ric_informazioni/default.jsp
- Monitor - Club DaySurgery. (2005). *L'attività di day surgery nelle Regioni*. Tratto il giorno 05 2010 da http://www.clubdaysurgery.it/documenti/SupplMon15_DaySurgery.pdf
- Orioli, A. (2010, 04). *Il mondo è al futuro il welfare al presente*. Tratto il giorno 07 2010 da il Sole 24 ore: <http://www.ilsole24ore.com/art/SoleOnLine4/dossier/Italia/2009/commenti-sole-24-ore/15-maggio-2010/europa-sociale-welfare-futuro.shtml>
- Pammolli, F. (2009, 07 10). *Sanità per tutti (ma non per tutto)*. Tratto il giorno 05 2010 da Sole 24 Ore: <http://rassegnastampa.mef.gov.it/mefeconomica/View.aspx?ID=2009071013219238-1>
- Paolo Del Bufalo, S. T. (2009, 05 18). *I nuovi LEA: meno ricoveri e più day hospital*. Tratto il giorno 05 2010 da Sole 24ore: <http://www.anaao.it/stampa-pagina.php?id=3016&tipo=news>
- Parlamento Italiano. (1978, dicembre 28). *Istituzione del servizio sanitario nazionale*. Tratto il giorno 05 2010 da [normativasanitaria.it](http://www.normativasanitaria.it): <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=21035>
- Presidente del Consiglio dei Ministri. (2008, 04 23). *DPCM 23 Apr 2008*. Tratto il giorno 04 2010 da http://liberlex.altervista.org/blog/wp-content/uploads/2009/05/dpcm_23-04-2008-finanziamento-spc-e-voip.pdf
- Regione Emilia Romagna. (2006, 04 20). *Indice degli allegati alla delibera n. 2126/2005*. Tratto il giorno 2010 05 da http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere_circ/del2126_2005/index_allegati.htm
- Rezza, G. (s.d.). *Archivio Infezioni ospedaliere*. Tratto il giorno 07 2010 da <http://www.iss.it/emol/ospe/index.php?anno=2009&lang=1&tipo=17>

- Sacco, F. (s.d.). *ART. 32 DELLA COSTITUZIONE ITALIANA DIRITTO ALLA SALUTE*. Tratto il giorno 07 2010 da <http://www.dirittosanitario.net/quadernidett.php?quadid=20>
- Saluter - portale del Servizio Sanitario Regionale. (s.d.). *Il quadro normativo del Servizio sanitario nazionale e del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna*. Tratto il giorno 04 2010 da http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/legislaz_norme.htm
- Saluter - portale del Servizio Sanitario Regionale. (s.d.). *Il Servizio sanitario: la normativa regionale*. Tratto il giorno 04 2010 da http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/legislaz_norme/linkallegati/norm_reg.htm
- Saluter - portale del Servizio Sanitario regionale. (s.d.). *Servizio sanitario regionale: programmazione e organizzazione*. Tratto il giorno 04 2010 da <http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr.htm>
- Turno, R. (2010, 03 15). *Dalla sanità buco di 30 miliardi in 7 anni* . Tratto il giorno 05 2010 da il Sole 24 ore: <http://www.sanita.ilsole24ore.com/PrimoPiano/Detail/1310287>
- Turno, R. (2010, 04 14). *Nella sanità sprechi per 5-10 miliardi* . Tratto il giorno 05 2010 da il Sole 24 ore: <http://www.sanita.ilsole24ore.com/PrimoPiano/Detail/1315782>
- Turno, R. (2010, 04 18). *Servizi sanitari pubblici promossi solo al Nord* . Tratto il giorno 05 2010 da il Sole 24 ore: <http://www.sanita.ilsole24ore.com/PrimoPiano/Detail/1316530>
- Wikipedia. (07, Agosto 2010). *Benessere*. Tratto il giorno 08 2010 da <http://it.wikipedia.org/wiki/Benessere>
- Wikipedia. (s.d.). *Istituto Ortopedico Toscano*. Tratto il giorno 07 2010 da http://it.wikipedia.org/wiki/Istituto_Ortopedico_Toscano
- Wikipedia. (s.d.). *Servizio Sanitario Nazionale (Italia)*. Tratto il giorno 04 2010 da http://it.wikipedia.org/wiki/Servizio_Sanitario_Nazionale

ALLEGATI:

ALLEGATO A: DRG 39 INTERVENTO SUL CRISTALLINO¹³ (1/2)

OCULISTICA CATARATTA x paziente				DR. MULARONI - BENEDETTINI - FANTAGUZZI - CAPUCCINI - DE FAZIO			
materiale	Q	prezzo unitario	TOT				
catetere intaven 20G	1	1	1				
sodio clorur. 0,9% ml250	1	1,2	1,2				
deflusso	1	0,5	0,5				
garze 7,5x7,5	5	0,05	0,25				
guanti perry	2	0,7	1,4				
camice G5L	2	3,4	6,8				
telo mayo	1	1,5	1,5				
bisturi oftalmico	1	4	4				
telo oftalmico 120x150	1	3,6	3,6				
lancia faco	1	5	5				
opo 51	1	57	57				
HEALON	1	35	35				
lente amo	1	130	130				
BSS 500ml	1	9	9				
BSS 15ml	1	2,5	2,5				
diarnox	1	0,2	0,2				
siringhe da 20ml	1	0,3	0,3				
siringhe da 2,5ml	2	0,25	0,5				
siringa BD luer-lock 1ml	1	0,62	0,62				
protezioni oculare	1	0,5	0,5				
camice monouso	1	0,5	0,5				
cuffia	1	0,035	0,035				
copriscarpe	2	0,3	0,6				
lidocaina monodose	1	2	2				
			TOT	264,0			

¹³ I valori s'intendono senza IVA

ALLEGATO A: DRG 39 INTERVENTO SUL CRISTALLINO¹⁴ (2/2)

MATERIALE USO x SEDUTA OCULISTICA CATARATTA (medici e infermieri)				
materiale	Q	prezzo unitario	TOT	
DIVISE VERDI	8	3	24	
COPRICAPO UOMO	8	0,045	0,36	
CUFFIA	8	0,035	0,28	
MASCHERINA	8	0,04	0,32	
GUANTI	1	2,08	2,08	
TELERIA pic	10	0,5	5	
TELERIA grand	12	1	12	
DISINFETTANTE	1	2	2	
SPAZZOLINI X MANI	4	0,8	3,2	
SACCHI	6	0,6	3,6	
CEROTTI	1	3	3	
			TOT	55,84

tripan blu	1	15	15	
miovisin	1	1,5	1,5	
nylon 10/0	1	16,5	16,5	
			TOT	88,84

¹⁴ I valori s'intendono senza IVA

ALLEGATO B: DRG 119 FLEBECTOMIA¹⁵

SAFENOSTOMIA CLASSICA+FLEBECTOMIA			DR. CARIGI
materiale	Q	prezzo unitario	TOT
ago G18	1	0,05	0,05
lama bisturi n. 11	1	1,29	1,29
telo mayo monouso	1	1,34	1,34
set teleria G3 G2	2	16	32
steril streep elasticizzati	2	1,14	2,28
garze 10x10	100	0,04	4
guanti perry	3	0,49	1,47
camice G5L	1	3,08	3,08
mepivacaina alc 0,125%	2	25	50
benda fisioplast	3	5,7	17,1
cerotto medicato 10x8	1	0,47	0,47
lame bisturi n. 10	1	1,29	1,29
sodio clorur. 0,9% ml500	1	1,25	1,25
defussori	1	0,32	0,32
bd insyte G20	1	0,62	0,62
fraxiparina	1	2,18	2,18
ghiaccio istantaneo	1	0,69	0,69
prontogum	1	9,04	9,04
pronto mousse	2	2,52	5,04
piastra	1	0,83	0,83
bisturi elettrico	1	1,8	1,8
sonda CODMAN	1	8,43	8,43
ETHILON 3/0	1	2,57	2,57
SETA 3/0	1	2,68	2,68
VICRYL 3/0	1	7,58	7,58
lacci mersilene 2/0	2	1,25	2,5
cerotto di seta	1	0,5	0,5
fixomull	1	0,5	0,5
	TOT		160,9

¹⁵ I valori s'intendono senza IVA

ALLEGATO C: DRG 162 ERNIA INGUINALE¹⁶

47 ERNIA INGUINALE				
materiale	Q	prezzo unitario	TOT	
teli piccolo sterile	3	0,54	3,54	
telo mayo monouso	1	1,34	1,34	
set teleria G3 G2	2	16	32	
garze 10x10	100	0,04	4	
guanti perry	3	0,49	1,47	
camice G5L	1	3,08	3,08	
sodio clorur. 0,9% ml500	2	1,25	2,5	
deflussori	1	0,32	0,32	
bd insyte G20	1	0,62	0,62	
naropina	1	16	16	
rete polipropilene	1	24	24	
vassel loop maxi blu	1	5	5	
piastra	1	0,83	0,83	
ceftriaxone	1	4,54	4,54	
telino monouso	1	0,62	0,62	
bisturi elettrico	1	1,8	1,8	
lama bisturi n. 10	1	1,29	1,29	
cerotto medicato	1	0,5	0,5	
safil 3/0	1	2	2	
safil 2/0	1	6,2	6,2	
flexocrin 3/0	3	2,1	6,3	
safil lacci 3/0	1	1	1	
faldelle piccole	5	3	15	
				TOT
				133,95

Dr. ...

¹⁶ I valori s'intendono senza IVA