

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

<u>INTRODUZIONE</u>	4
1) PRINCIPI LEGISLATIVI	10
1.1) LA TUTELA DELLA SALUTE	10
1.1.1) PRINCIPIO COSTITUZIONALE	10
1.1.2) BREVE EVOLUZIONE STORICA DEL PRINCIPIO DI TUTELA ALLA SALUTE	12
1.2) LO STATO COME EROGATORE DI SERVIZI ALLA PERSONA: I LEA	13
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
1.3) EVOLUZIONE STORICA DELLA SPESA SANITARIA IN ITALIA E PREVISIONI PER IL FUTURO	19
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
2.1) IL RAPPORTO STATO-REGIONI	25
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
2.2) LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA	28
2.2.1) IL PIANO SANITARIO NAZIONALE	28
2.2.2) IL PIANO SANITARIO REGIONALE	30
2.3) L' ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	31
2.3.1) I LIVELLI ORGANIZZATIVI	31
2.3.2) I SOGGETTI EROGATORI E LE PRESTAZIONI	33
2.4) L' AFFERMAZIONE DEL PRINCIPIO DI AZIENDALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	37
3) L' ATTIVITA' CHIRURGICA IN DAYSURGERY	41
3.1) DEFINIZIONE DELL' ATTIVITA' DI DAYSURGERY	42
3.2) EVOLUZIONE STORICA DELLA DAYSURGERY	45
3.3) ATTUALI FONDAMENTI NORMATIVI	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) ULTIMI SVILUPPI NORMATIVI E PROSPETTIVE FUTURE	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)	<i>LA DAY SURGERY IN EMILIA-ROMAGNA</i>	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)	<i>IMPATTO ECONOMICO ED ORGANIZZATIVO NEL TERRITORIO RIMINESE DEL MODELLO DI DAYSURGERY</i>	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)	<i>CONCLUSIONI</i>	96
	BIBLIOGRAFIA	100
	ALLEGATI	104

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' elaborato è stato suddiviso in cinque capitoli. Nel primo si è affrontato il principio Costituzionale del Diritto alla tutela della Salute e il ruolo dello Stato come erogatore dei servizi alla persona. Nel capitolo successivo è stata valutata l' organizzazione dell' offerta sanitaria a livello nazionale attraverso il rapporto Stato-Regioni. È stata poi descritta la Day Surgery: dal suo sviluppo storico, ai suoi principi normativi ed organizzativi, monitorando da vicino, nel quarto capitolo, la situazione in Emilia-Romagna ed in particolare nel contesto territoriale Riminese. A seguito di un' analisi economica tesa a valutare l' effettiva efficacia di tale sistema organizzativo, nel quinto capitolo sono stati ipotizzati, in un' ottica di medio-lungo periodo, differenti scenari al fine di permettere uno sviluppo della Day Surgery a Rimini che consenta una razionalizzazione della spesa pubblica sanitaria attraverso un servizio che mantenga gli elevati standard organizzativi e qualitativi ad oggi garantiti.

Come già affermato, 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.

Il secondo motivo coinvolge l'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

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

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.

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. In Italia 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. "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.

Attraverso l'analisi di questi tre elementi e considerando che la chirurgia può essere divisa in tre distinti livelli in base al grado di complessità (alta, media e bassa), comprendiamo come la riorganizzazione del sistema sanitario italiano debba cominciare da una separazione, a livello di strutture, fra la chirurgia ad alta/media e quella a bassa complessità. Quest'ultima 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.

Lo scopo dello studio si muove dunque nell' ottica di una partnership pubblico-privata 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 raggiungere una maggiore assistenza per le patologie minori, riducendo i tempi delle liste d' attesa e i costi di gestione per l' ASL locale, che potrebbe, quindi, reinvestire le risorse risparmiate per una maggior qualificazione e specializzazione della chirurgia a media-alta complessità.

La DaySurgery, come detto, rappresenta un regime assistenziale alternativo al ricovero ordinario, è organizzata con modalità che assicurano condizioni di sicurezza non inferiori rispetto a quelle tipiche della chirurgia a ricovero ordinario, riducendo tuttavia i disagi connessi 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. Il documento normativo di principale riferimento per la definizione di tale modello di

DaySurgery in Italia, è senza dubbio alcuno, l'atto n.1516 del 1°Agosto del 2002 che definisce 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°)

Inoltre, nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, è stato definito un importantissimo documento intitolato le “Linee guida per l' organizzazione delle attività di DaySurgery” che regola tale modello. È quindi opportuno analizzare attentamente quanto previsto in questo atto:

- ✚ Il primo articolo esplicita le finalità inerenti alla DaySurgery: lo scopo ultimo 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 definisce la DaySurgery come presentata 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 terzo articolo impone alle Regioni e alle Province autonome l'obbligo di definire le modalità organizzative sulla base di tre precise indicazioni:

- *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 pluri-specialistica)*: 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.

✚ L'articolo quarto 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, le Regioni e le Province siano autonome nel 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;

- ✚ Nel sesto 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.

Gli ultimi sviluppi normativi, in tale ambito, derivano da due importanti atti legislativi fortemente correlati e volti al perseguimento di un comune obiettivo. Il primo è il Patto per la salute che 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. Il secondo documento è il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 Aprile 2008 dove 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 quarantatré prestazioni identificate dai LEA del 2001 come “potenzialmente inappropriate” 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. 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, stabilizzandosi nel 2007, ad una media nazionale pari al 35,2%.

L’ introduzione del regime di DaySurgery, che prevede tempi di ricovero inferiore alla singola giornata per pazienti con patologie a bassa complessità, determinano sicuramente un importante risparmio di risorse finanziarie ridimensionando i 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 la deriva 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, rappresenta il punto focale su cui basare quella riorganizzazione di cui il nostro sistema sanitario necessita.

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. Due sono i Presidi ospedalieri che comprendono quattro stabilimenti di ricovero (Rimini, Santarcangelo, Riccione e Cattolica):

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

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: $[\text{Day Hospital} + \text{Day Surgery}] \times 100 / \text{Dimissioni totale}$).

Nel 2007 sono stati effettuati 5.309² “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%. 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

² 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.

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%.

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 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 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 2.500/3.000³ 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.

³ Dato gentilmente fornito per mezzo di intervista diretta dal Dott. Giorgio Celli, Direttore Generale del *Centro medico polispecialistico privato 'Nuova Ricerca'*, in Rimini.

Nell' affrontare l' analisi economica delle prestazioni chirurgiche eseguibili in tale regime, si è preso a campione tre DRG che, con maggior frequenza, vengono eseguiti in tale modello: 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. 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. Il fatto che un 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 di fatto un risparmio importante rispetto al DRG attualmente riconosciuto grazie all' eliminazione dei costi indiretti.

✚ DRG 39 - INTERVENTO SUL CRISTALLINO:

Nel 2005, in Emilia-Romagna, sono stati effettuati 15.748⁴ 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€. I costi relativi al materiale necessario per l' esecuzione dell' intervento sul

⁴ Dato Ufficiale ricercato sul sito del Ministero della salute.

cristallino sia pari a 490⁵€ (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 119 - FLEBECTOMIA

Nel 2005, in Emilia-Romagna, sono stati effettuati 10.935 interventi di cui l' 81%⁶ 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€. I costi relativi al materiale necessario per l' esecuzione di questa tipologia d' intervento: 193€⁷. 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.

⁵ 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.

⁶ Dato Ufficiale ricercato sul sito del Ministero della salute.

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.

✚ DRG 162 - ERNIA INGUINALE

Nel 2005, in Emilia-Romagna, sono stati effettuati 11.958 interventi di cui l' 51,6%⁸ 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". I costi dei materiali sanitari necessari all' esecuzione dell' intervento chirurgico di ernia inguinale è pari a 160€⁹ (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.

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: 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.

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

⁸ Dato Ufficiale ricercato sul sito del Ministero della salute.

⁹Dati 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.

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 sono i tre scenari ipotizzabili:

1) 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. È 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. L'ipotesi di base è "l'Open Hospital": con questa terminologia ci riferiamo ad una struttura dedicata alla sola bassa complessità che garantisca, 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 coinvolgere 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.

2) ACCORDO CON STRUTTURE PRIVATE ADIBITE AL SOLO SVOLGIMENTO DELLA CHIRURGIA A BASSA COMPLESSITÀ

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 il modello previsto è quello dell' "Open Hospital" regolamentato tramite accordi stipulati fra la parte pubblica e quella privata che coinvolgono 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 del personale medico, i quali, rimangono a carico dall' Azienda Sanitaria, permettendo quindi una razionalizzazione delle risorse a disposizione. Come nella soluzione precedente, la struttura sanitaria scelta non presenterebbe particolari problemi in termini di capacità ricettiva e costi di conversione.

3) ASSEGNAZIONE ALLE CASE DI CURA ACCREDITATE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA A BASSA COMPLESSITÀ

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 l' utilizzo di 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 evidenziarsi da un profilo culturale:

nello specifico le case di cura accreditate non sono tradizionalmente votate a questa tipologia di attività, ciò potrebbe dunque creare una certa resistenza ad una trasformazione così radicale.

Concludendo si può affermare che 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 non ha certezza sulla durata dei tempi di ricovero. Inoltre, contrariamente a quanto avviene attualmente, il paziente trova di fronte a sé 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 grazie ad un monitoraggio ed a una gestione della bassa complessità più semplice. Il miglior utilizzo delle risorse 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, 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 un margine di profitto attraverso il raggiungimento dell' obiettivo di Break Even Point fissato a 2.500/3.000 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).

Citerei, infine, 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, intuita 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_090412074.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/adrsriservato/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/20109229584810418090OSPB00B8037.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.ilsole24ore.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/ricoveriOspedalieri/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