

Key points “Innoviamo il sistema sanitario regionale del Lazio”

a cura di Monica Montella¹ e Tiziana Chiriaco²

RIDUZIONE DEI POSTI LETTO ORDINARI E POTENZIAMENTO DEL DAY SERVICE

A seguito del decreto legge regionale del 2007 moltissime procedure che attualmente vengono gestite con regime di ricovero di almeno 3 giorni dovrebbero essere eseguite in regime di “*day service*”.

Per risparmiare i costi crescenti dei ricoveri ospedalieri (ricordiamo che il costo di una giornata di ricovero in un posto letto ordinario è di circa 800 euro!!) bisogna proporre di potenziare subito il sistema “*day service, day hospital e day surgery*”, specie nei piccoli ospedali con reparti “doppi” cioè già presenti in strutture vicine di eccellenza. Il problema che emerge dai dati evidenziati in allegato e che ci sono ASL dove vi sono troppi posti letti che magari sono inutilizzati in quanto generici, mentre reparti come la neurochirurgia e la cardiocirurgia che non andrebbero chiusi come ad esempio è stato deciso al San Filippo Neri;

POTENZIAMENTO DELL’ASSISTENZA TERRITORIALE

Sul modello delle Case della Salute Toscane ed Emiliane, bisogna trasformare i piccoli presidi in realtà ambulatoriali aperti almeno 12h, con compresenza di medici, pediatri di base, specialisti, piccoli servizi di diagnostica, per rispondere al bisogno di visite periodiche e di trattamento di accessi in codice bianco o verde.

Inoltre bisognerebbe agevolare i medici di medicina generale che assistono pazienti anziani e malati cronici. I medici di famiglia (**medico di medicina generale mmg**) sono stati introdotti in Italia con la legge 23 dicembre 1978 n. 833 e successive modificazioni) nell’ambito dell’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Ogni medico ha un tetto massimo di 1.500 pazienti (salvo coloro che già possedevano un numero maggiore prima dell’entrata in vigore della legge), ma esistono deroghe, come nel caso di un congiunto di un paziente già a carico (aumento del nucleo familiare).

In ogni caso i medici di famiglia non possono avere 1500 pazienti tutti anziani o tutti giovani; bisognerebbe studiare la distribuzione per età dei pazienti per capire se c’è uno squilibrio distributivo dei pazienti. Per regolare ciò si potrebbe proporre di inserire una quota variabile per età del paziente nella retribuzione del medico di famiglia. L’obiettivo è quello di mantenere la stessa retribuzione (attualmente regolamentata dal DL 502/92, art 8, comma 1 lettera d) del medico ma assistere meno pazienti anziani e meglio. Da valutazioni empiriche si evidenzia che ad esempio la ASL Roma A con il maggior numero di medici di medicina generale e presidi ambulatoriali ha il minor numero di accessi in pronto soccorso; questo è un dato che dovrebbe far riflettere!!!!

POTENZIAMENTO DELL’ASSISTENZA DOMICILIARE

Aver depotenziato *l’assistenza domiciliare* è stata la follia maggiore dei tagli sanitari fatti dalla politica scellerata di questi ultimi anni, infatti in pronto soccorso la maggior parte degli accessi degli over 65 avviene in modo autonomo e sono maggiormente codici verdi (vedi tabella 107 in allegato), soprattutto per traumi da incidenti domestici (uno dei compiti dell’assistenza domiciliare è il controllo delle case dei pazienti per monitorare eventuali pericoli o probabili incidenti).

1 Ricercatore esperto ISTAT

2 Cardiologa ASL Roma D

CREAZIONE DI PERCORSI FACILITATI PER LE PATOLOGIE PIU' COMUNI.

C'è una disparità di distribuzione dell'offerta sanitaria nelle varie ASL che incide soprattutto nelle province. Ci sono le province più penalizzate che andrebbero agevolate con percorsi sanitari garantiti negli ospedali romani più vicini. Si potrebbe proporre ad esempio che un paziente della città di Rieti che necessita di prestazioni che non ci sono nel proprio ospedale territoriale, abbia una corsia preferenziale nell'ospedale più vicino tipo ad esempio l'ospedale Sant'Andrea. Con l'introduzione del fascicolo sanitario elettronico e con il sistema di e-prescription integrato permetterebbe di seguire il paziente dal primo sospetto del medico di medicina generale alla diagnosi finale.

L'OFFERTA SANITARIA PRIVATA CONVENZIONATA E ACCREDITATA DA PROFITTO A NON PROFIT.

Uno dei problemi fondamentali della spesa sanitaria incontrollata della regione Lazio (ma non solo) è la coesistenza di soggetti erogatori pubblici e privati, con rimborso pubblico. Il fine del sistema sanitario regionale dovrebbe essere la riduzione delle malattie e il miglioramento dello stato di salute della popolazione. Il fine del soggetto privato è invece il profitto, quindi è il raggiungimento del più alto numero di prestazioni sanitarie.

I sistemi di sorveglianza delle strutture accreditate e convenzionate all'interno delle Asl e in Asp non hanno garantito trasparenza, efficacia ed efficienza in tutte le strutture sanitarie. La nostra proposta è orientata a:

- proporre di trasformare le strutture private in non profit i cui profitti sarebbero reinvestiti all'interno della struttura stessa sia per fini di ricerca sia per sostenere attività altamente specializzate;
- favorire il miglioramento delle strutture private incentivando assunzioni, corsi di formazione e ristrutturazione di locali e macchinari mediante agevolazioni fiscali;
- creare una struttura di controllo indipendente, legata direttamente al Ministero della Salute, in collaborazione con i Carabinieri in caso di illeciti sanitari e con la Guardia di Finanza per gli illeciti economici con l'ausilio delle associazioni di pazienti con il sistema "fiato sul collo" (stakeholder).

AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE

Attraverso l'inserimento di nuove prestazioni che si basano su dispositivi di controllo remoto si intende aggiornare il nomenclatore tariffario regionale. Creazione di procedure da inserire nel nomenclatore tariffario a costi ridotti rispetto a quelli tradizionali (per esempio video-consulto a costo inferiore di visita medica, elettrocardiogramma trans telefonico a costo ridotto rispetto a quello normale ecc.). Questo punto è strettamente legato alla realizzazione della telemedicina.

SMART HEALTH

In un'ottica della già conosciuta "smart country" bisognerebbe attivare le "smart health" con [Sistemi di assistenza sanitaria: quale la Telemedicina da considerare come bene pubblico](#), la tele-cardiologia, la tele-spirometria, la tele-diabetologia, la telemetria pressoria per raggiungere un obiettivo prioritario quello di un risparmio del sistema sanitario regionale incidendo sui costi di accessi in pronto soccorso, numero di ricoveri, visite specialistiche e visite domiciliari.

Questo rappresenta un'occasione di lavoro per le aziende che investono in innovazione e in "smart health"; un miglioramento della cura dei pazienti con patologie croniche come il diabete, lo scompenso, le malattie neurologiche disabilitanti, l'insufficienza respiratoria, ed in condizioni sociali difficili per essere seguiti in maniera tradizionale.

INTRODUZIONE DEL “FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO”³.

Con il fascicolo elettronico ci si avvia verso la sanità elettronica: con la terza industria del settore sanitario (e-Health)⁴.

Il decreto legge 179 dell'ottobre 2012 ha ribadito l'importanza di un sistema unico di archiviazione dei dati sanitari e prescrizione telematica, anche mediante l'utilizzo di fascicoli già in uso. Il FSE è istituito dalle regioni per tre scopi: a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (competenza del Servizio sanitario nazionale); b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico; c) programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria (b e c sono di competenza delle regioni e province autonome, nonché dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e dal Ministero della salute nei limiti delle rispettive competenze attribuite dalla legge). Dovrebbero essere già stati stabiliti:

1. i contenuti del FSE,
2. i sistemi di codifica dei dati,
3. le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito,
4. le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE da parte dei soggetti di cui ai commi 4, 5 e 6,
5. la definizione e le relative modalità di attribuzione di un codice identificativo univoco dell'assistito che non consenta l'identificazione diretta dell'interessato,
6. i criteri per l'interoperabilità del FSE a livello regionale, nazionale ed europeo, nel rispetto delle regole tecniche del sistema pubblico di connettività.

La cabina di regia per l'attuazione dell'Agenda digitale italiana (legge 4 aprile 2012, n. 35) è integrata per gli aspetti relativi al settore sanitario con un componente designato dal Ministro della salute, il cui incarico è svolto a titolo gratuito (SARA' VERO?).

IMPORTANTE

Per l'attuazione delle disposizioni del decreto legge 179 dell'ottobre 2012 le regioni possono, nel principio dell'ottimizzazione e razionalizzazione della spesa informatica, anche mediante la definizione di appositi accordi di collaborazione, realizzare infrastrutture tecnologiche per il FSE condivise a livello sovra-regionale, ovvero avvalersi, anche mediante riuso, ai sensi del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, delle infrastrutture tecnologiche per il FSE a tale fine già realizzate da altre regioni o dei servizi da queste erogate (vedi esempio Emilia Romagna e Puglia).

PRESCRIZIONE MEDICA E CARTELLA CLINICA DIGITALE

Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa del settore sanitario, accelerando la sostituzione delle prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica a carico del Servizio sanitario nazionale- SSN in formato cartaceo con le prescrizioni in formato elettronico, le regioni entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore con il decreto legge 179 dell'ottobre 2012, provvedono alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico, in percentuali che, in ogni caso, non dovranno risultare inferiori al 60% nel 2013, all'80% nel 2014 e al 90% nel 2015. Il nostro sistema regionale di prescrizione per specialisti www.prescrizione.poslazio.it è farraginoso, lungo da usare, e soprattutto non comunica con il sistema di prescrizione dei medici di medicina generale.

³ Un esempio attivo di fascicolo elettronico è in Emilia Romagna creato dalla società Cup2000 spa.

⁴ Per approfondimenti vedi La sanità elettronica: la terza industria del settore sanitario (e-Health) e [Sistemi di assistenza sanitaria: la Telemedicina come bene pubblico](#) in www.monicaMontella.it

Dal 1° gennaio 2014, le prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico sono valide su tutto il territorio nazionale.

I medici interessati dalle disposizioni organizzative delle regioni di cui al comma 1, rilasciano le prescrizioni di farmaceutica e specialistica esclusivamente in formato elettronico. L'inosservanza di tale obbligo comporta l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 55-septies, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Dal 1° gennaio 2014, il sistema per la tracciabilità delle confezioni dei farmaci erogate dal SSN basato su fustelle cartacee è integrato, ai fini del rimborso delle quote a carico del SSN, da sistema basato su tecnologie digitali, secondo modalità pubblicate sul sito del sistema informativo del progetto «*Tessera sanitaria*» <http://sistemats1.sanita.finanze.it/wps/portal/> e nel rispetto di quanto previsto dal Sistema di tracciabilità del farmaco del Ministero della salute.

ATTUAZIONE ED UTILIZZO DI REGISTRI SANITARI

Comma 10- decreto legge 179 dell'ottobre 2012 –

I sistemi di sorveglianza e i registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, di trattamenti costituiti da trapianti di cellule e tessuti e trattamenti a base di medicinali per terapie avanzate o prodotti di ingegneria tissutale e di impianti protesici sono istituiti:

1. ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria,
2. verifica della qualità delle cure,
3. valutazione dell'assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico allo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita.

I sistemi di sorveglianza e i registri sono istituiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute. Gli elenchi dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie e di impianti protesici sono aggiornati periodicamente con la stessa procedura. L'attività di tenuta e aggiornamento dei registri è svolta con le risorse disponibili in via ordinaria e rientra tra le attività istituzionali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale.

Le regioni possono istituire con propria legge registri di tumori e di altre patologie, di mortalità e di impianti protesici di rilevanza regionale e provinciale **diversi** da quelli di cui al comma 10.

Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legge 179 dell'ottobre 2012, dovrebbero essere stati individuati, i soggetti che possono avere accesso ai registri di cui al presente articolo e i dati che possono conoscere, nonché le misure per la custodia e la sicurezza dei dati.

UTILIZZO EFFICIENTE DEI FONDI EUROPEI⁵

Dal bilancio 2011 del programma operativo fondi europei della Regione Lazio è emerso che le imprese che hanno preso i fondi sono le società convenzionate sempre a partecipazione della Regione Lazio come ad esempio “Lait”; bisogna intervenire subito per permettere a tutte le imprese presenti sul territorio regionale di avere l'opportunità di usufruire di fondi europei.

Nei resoconti delle attività del Posfers anno 2011 è emerso che fino ad oggi la regione Lazio ha scelto di accedere solo ai fondi per l'occupazione.

In 2 anni di attività non è partito nemmeno un progetto su tematiche sanitarie. Chiediamoci il perché?

5 Vedi FONDI EUROPEI su www.monicaMontella.it

Allegato statistico⁶

Background. Analisi del Report dello Stato di Salute 2011.

Il Report dello Stato di salute edito dall'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) nel 2011 è un'analisi descrittiva della popolazione e dell'offerta sanitaria nella nostra Regione Lazio (tabella 44 e 45).

Voci di interesse	Anno 2010i
Cittadini Residenti	5.681.868
Cittadini Assistiti	5.676.917
Comuni / Municipi	378
Aziende Sanitarie Locali	12
Distretti Sanitari Locali	55

Tabella 44 - Dati Generali

⁶ Questo allegato rappresenta un estratto di alcune tavole del report sullo Stato di Salute del 2011 riportate in formato immagine per avvalorare l'affidabilità e la concretezza dei key points scritti sulla base di analisi fatte su dati empirici

Voci di interesse	Sanità Pubblica	Sanità accreditata
Aziende Ospedaliere	3	
IRCCS	3	3
IRCCS Extraterritoriali		1
Ospedali A Gestione Diretta di Asl	49	
Istituto Qualificato Presidio della Asl	2	
Ospedali Classificati	8	
Case di Cura Accreditate		63
Azienda Policlinico Universitario(*)	3	2
Altre Aziende (ARES 118)	1	
Personale Dipendente a tempo indeterminato delle strutture pubbliche	50.154	
<i>Ruolo Sanitario</i>	37.448	
<i>Ruolo Professionale</i>	6.319	
<i>Ruolo Tecnico</i>	152	
<i>Ruolo Amministrativo</i>	6.151	
<i>Non Associato a Ruolo</i>	84	
Medici di Base		4.804
Pediatri di Libera Scelta		771
Posti Letto (§)	14.934	10.210
Posti Letto per acuti	13.988	5.469
Posti Letto per Riabilitazione	889	3.439
Posti Letto per Lungodegenza	87	1.302
Numero Di Ricoveri		1.076.012
Accessi In PS		2.080.472
Ambulatori e laboratori		
<i>Attività Clinica</i>	297	233
<i>Attività di Diagnostica Strumentale</i>	160	218
<i>Attività di Laboratorio</i>	114	359
Hospice	3	13
Strutture Consultoriali		201
Ex ART.26	5	75
Strutture RSA	5	71
Numero Ricette di Farmaceutica Totali		61.435.133
Numero Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale		83.942.981

(*) La sanità pubblica comprende AO integrate con il SSN o Università

§ Non sono compresi gli 824 pp.II (793 per acuti e 31 di riabilitazione) dell'IRCCS Bambin Gesù, in quanto struttura extraterritoriale; i pp.II dell'Ospedale Israelitico e della casa di cura Villa Pia , Città Di Roma in quanto non disponibili.

Fonte dati: NSIS, Laziosanità, Lait / Elaborazione Servizio Informativo/Assessorato alla Sanità

Tabella 45 – Quadro generale – anno 2010

Guardando empiricamente ai dati riportati emergono alcune criticità.

Eccessi e squilibri nell'offerta sanitaria ospedaliera.

ANNO 2010 Tipologia di struttura	NUMERO STRUTTURE	ACUTI			RIABILITAZIONE		LUNGODEGENTI	TOTALE POSTI
		DO	DH	DS	DO	DH		
ASL Roma A	10	476	91	87	176	18	39	887
ASL Roma B	5	830	97	20	200	21	33	1201
ASL Roma C	11	951	118	41	76	8	197	1391
ASL Roma D	12	371	21	38	590	59	186	1265
ASL Roma E	14	1536	80	100	290	15	24	2045
ASL Roma F	4	236	39	0			175	450
ASL Roma G	11	636	106	10	341	15	434	1542
ASL Roma H	17	1240	193	8	632	92	97	2262
ASL VITERBO	8	656	107	0	157	0	1	921
ASL RIETI	1	383	52	0	0	1	1	437
ASL LATINA	9	1301	167	0	323	24	173	1988
ASL FROSINONE	18	999	104	49	257	33	4	1446
AZ. OSP. S. CAMILLO FORLANINI	1	837	107	51	40	4	4	1043
AZ. OSP. S. GIOVANNI ADDOLORATA	1	673	82	0	81	4	2	842
AZ. OSP. S. FILIPPO NERI	1	498	24	11	46	5	0	584
AZ. OSP. S. ANDREA	1	393	38	19			0	450
POLICLINICO UNIVERSITARIO UMBERTO I	1	1.171	109	33	24	4	0	1341
POLICLINICO UNIVERSITARIO TOR VERGATA	1	394	50	20	0	8	0	472
POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI	1	1.592	150	37	95	0	18	1892
POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIOMEDICO	1	176	39	10	20	0	0	245
IRCCS LAZZARO SPALLANZANI	1	172	46				0	218
IRCCS ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPEDALIERI	1	278	52	18			1	349
IRCCS INRCA	1	71	20				0	91
IRCCS FONDAZIONE S. LUCIA	1				293	32	0	325
IRCCS SAN RAFFAELE LA PISANA	1	15			255	28	0	298
IRCCS IDI*	1	303	22	10			0	335
TOTALE REGIONALE	134	16.188	1.914	562	3.896	371	1.389	24.320
IRCCS BAMBIN GESU'	1	586	207	0	21	10		824

* Comprende l'Istituto Villa Paola

Fonte dati: Sistema NSIS modelli NSIS HSP 11, 12 e 13 quadro E-Elaborazione Servizio Informativo Assessorato alla Sanità

Tabella 47 - Posti letto riepilogo per azienda sanitaria e tipologia di assistenza (dati aggiornati al 01/01/10)

La Tabella 45 indica l'offerta sanitaria generale.

La tabella 47 mostra l'offerta di posti letto ordinari (DO), Day Hospital (DH), e Day Surgery (DS) delle varie Asl del Lazio.

I numeri dei posti letto in visione si riferiscono al 2010. Il rapporto tra il numero di posti letto per acuti (vedi Tabella 45) ed i cittadini assistiti, nel 2010 era 3,4/1000 abitanti, con un'eccedenza di 0,4 posti letto per 1000 abitanti. Per quanto riguarda la riabilitazione invece il rapporto era di 0,76 posti letto/1000 abitanti, con un valore normale di 0,7. Questo eccesso si basa su anni e anni di autorizzazioni provvisorie o definitive di allargamento di strutture private convenzionate, universitarie, con lievitazione dei costi sanitari dei rimborsi di prestazioni e ricoveri.

Nel 2011 è stato fatto un tentativo fallimentare di riduzione dei posti letto eseguendone un taglio lineare, specie nei posti letto di riabilitazione e lungodegenza, creando un disagio per le categorie più deboli, anziani e malati cronici, senza un reale risparmio per i costi sanitari, e senza un criterio di selezione trasparente dei posti letto da ridurre.

Un altro esempio di taglio lineare è il tentativo di chiusura di reparti di eccellenza del San Filippo Neri, vista la vicinanza con strutture importanti come il Policlinico Gemelli ed il Sant'Andrea.

Dopo i tagli del 1° gennaio 2012 sono stati conteggiati 18.734 posti letto «acuti» e 4.307 posti letto «post-acuti» per un totale di 23.041 posti letto.

effettuate per quel soggetto. Nell'ultima colonna si riporta il dato sul numero di utenti c/dell'anno di riferimento (2010) risultano in lista di attesa per l'accesso alla struttura.

Azienda		N° utenti	Giornate di Assistenza	Dimissioni	Utenti in Lista di Attesa
101	Roma A	116	22.573	52	2
102	Roma B	579	136.590	301	0
103	Roma C	45	14.173	0	0
104	Roma D	450	135.180	182	29
105	Roma E	727	161.564	245	0
106	Roma F	599	165.898	176	112
107	Roma G	1.519	373.509	223	188
108	Roma H	1.238	325.222	363	1.240
109	Viterbo	981	249.780	359	0
110	Rieti	70	365	71	31
111	Latina	170	61.806	51	195
112	Frosinone	2.133	262.898	515	67
Totali		8.627	1.909.558	2.538	1.864

Fonte dati: NSIS – Elaborazione Assessorato alla Sanità

Tabella 85 - Numero di persone presenti in RSA per ASL di Residenza

Con la legge 135 del 2012, art 15, comma 13, lo standard dei posti letto è stato ridotto a 3 pl/1000 abitanti per acuti, e 0,7 pl/1000 abitanti di riabilitazione, con una riduzione almeno del 40% dei pl nelle strutture pubbliche.

La scelta di tagli effettuati non è condivisibile anche perché i rimborsi per prestazioni e ricoveri effettuati in strutture universitarie o di ricerca sono maggiori rispetto a quelle di un ospedale pubblico. Pensiamo infine che le prestazioni eseguite presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù hanno un costo per la regione del 37% in più visto che è rimborsato come un ospedale extraterritoriale. Inoltre la riduzione dei posti letto nelle strutture accreditate ha determinato la perdita di posti di lavoro degli operatori, senza valutarne una soluzione alternativa.

La carenza di percorsi per i malati cronici in RSA, lungodegenza e progetti domiciliari ha determinato un aumento degli accessi dei malati stessi in Pronto soccorso.

Invecchiamento della popolazione e carenza dell'assistenza sociosanitaria per anziani e disabili

Uno dei problemi maggiori al momento è l'insufficiente assistenza socio sanitaria dei pazienti anziani e disabili (tab 84).

Tabella 84 - Offerta e fabbisogno di RSA

Azienda	N° Strutture	N° posti	Posti Attesi	Fabbisogno	Pop.residente età >=75 anni
101 Roma A	2	70	1.445	-1.375	57.809
102 Roma B	8	379	1.468	-1.089	58.709
103 Roma C	1	40	1.522	-1.482	60.865
104 Roma D	6	374	1.252	-878	50.100
105 Roma E	8	590	1.371	-781	54.858
106 Roma F	9	494	562	-68	22.491
107 Roma G	7	1.042	939	103	37.560
108 Roma H	11	907	974	-67	38.957
109 Viterbo	11	706	833	-127	33.306
110 Rieti	1	70	472	-402	18.861
111 Latina	2	170	1.095	-925	43.820
112 Frosinone	10	733	1.257	-524	50.276
Totali	76	5.575	13.190	-7.615	527.612

Fonte dati: NSIS – Elaborazione Assessorato alla Sanità

^ RSA: residenza sanitaria assistenziale

La Tabella 85 mostra il numero di persone presenti in RSA, le giornate di assistenza erogate complessivamente dalle strutture della ASL di riferimento il numero delle dimissioni effettuate nell'anno: se durante l'anno un soggetto viene ammesso e dimesso più volte a seguito di episodi successivi di trattamento presso la struttura l'utente resta unico mentre vengono riportati i totali delle dimissioni

L'esiguità dei progetti di assistenza domiciliare, e le strutture di Residenza Sanitaria Assistenziale rispetto al fabbisogno della popolazione, determina innanzitutto un onere gravoso per le famiglie dei pazienti che si devono fare carico di cure e trasporti per visite e ricoveri.

Inoltre, i Medici di Medicina Generale che assistono pazienti anziani e disabili non riescono a gestire la mole di lavoro burocratica e clinica necessaria (Tab 71,72). I presidi ambulatoriali sono pochi o mal distribuiti e il numero di Medici e Pediatri di base è basso rispetto alle esigenze demografiche della popolazione.

Cod. ASL	Denominazione ASL	Contatti ¹ / ore effettuate	Contatti* *100.000 res	Medici / punto	Ricoveri prescritti * 100.000 res	punti GM *100.000 res	medici * 100.000 res
101	Roma A	0,4	4.549	7,0	77	1,2	8,6
102	Roma B	0,2	1.793	12,3	105	0,6	7,0
103	Roma C	0,2	1.578	8,5	85	0,7	6,3
104	Roma D	0,2	1.776	7,0	108	1,1	7,4
105	Roma E	0,1	945	6,2	84	1,1	7,1
106	Roma F	0,5	7.353	4,7	98	1,9	8,9
107	Roma G	0,1	2.348	6,0	0	2,1	12,4
108	Roma H	0,5	5.995	6,1	87	1,8	11,2
109	Viterbo	0,2	6.248	5,1	326	4,4	22,6
110	Rieti	0,1	4.784	3,2	126	13,1	42,5
111	Latina	0,3	6.712	5,0	164	2,9	14,5
112	Frosinone	0,5	17.873	4,3	255	4,4	18,9
Totale		0,3	4.906	5,3	120	2,2	11,7

Fonte dati: NSIS Elaborazione Servizio Informativo Sanitario

Tabella 71 – Guardia Medica: indicatori

ASL	Totale medici a ruolo	Popolazione residente al 01.01.2010	Scelte	Carico medio per MMG	MMG per 10.000 abitanti
Roma A	499	487.312	449.077	907	10,2
Roma B	590	696.312	605.727	1.034	8,4
Roma C	528	537.346	505.632	954	9,9
Roma D	473	566.884	508.250	1.072	8,4
Roma E	448	524.610	455.865	1.015	8,6
Roma F	223	313.568	262.134	1.130	7,4
Roma G	365	483.524	422.124	1.126	7,8
Roma H	429	545.128	472.133	1.088	8,0
VT	242	318.139	279.275	1.131	7,8
RI	136	159.979	143.032	1.052	8,5
LT	447	551.217	493.671	1.076	8,3
FR	424	497.849	451.978	1.069	8,5
TOTALE	4.804	5.681.868	5.048.898	1.043	8,5

Fonte Dati: Flusso NSIS FLS12, Elaborazione Servizio Informativo Sanitario

Tabella 72 – Indicatori per MMG

Per quanto riguarda l'assistenza socio-sanitaria inoltre, è evidente la scarsa rappresentazione dei consultori familiari nel territorio.

Codice ASL	Denominazione ASL	N° Strutture	Popolazione Residente	CF/20.000 res.
101	Roma A	15	487.312	0,62
102	Roma B	23	696.312	0,66
103	Roma C	15	537.346	0,56
104	Roma D	10	566.884	0,35
105	Roma E*	13	524.610	0,50
106	Roma F	13	313.568	0,83
107	Roma G	27	483.524	1,12
108	Roma H	18	545.128	0,66
109	Viterbo	18	318.139	1,13
110	Rieti	2	159.979	0,25
111	Latina	28	551.217	1,02
112	Frosinone	19	497.849	0,76
Totale		201	5.681.868	0,71

Fonte Dati: NSIS, Elaborazione Servizio Informativo Sanitario

* comprende Policlinico A. Gemelli

Tabella 80 – Strutture che erogano attività consultoriale - Anno 2010

Inappropriatezza di utilizzo del sistema di emergenza ospedaliera.

Il Sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria si compone di una fase di allarme, costituita dalle Centrali operative del 118, e di due fasi di risposta, quella territoriale gestita dai mezzi di soccorso 118 e quella ospedaliera costituita dai PS e dai DEA di I e II livello.

Pronto Soccorso Ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato, oppure, nei casi più complessi, garantiscono gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale Operativa;

Dipartimenti di Emergenza-Urgenza Accettazione (DEA) cui afferiscono due livelli di complessità, in base alle Unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello.

Ospedale sede di D. E. A. di I livello garantisce oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali.

Ospedale sede di D. E. A. di II livello assicura, oltre alle prestazioni fornite dal DEA I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale.

Altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per grandi ustionati e le unità spinali sono collocati nei DEA di II livello.

AZIENDA	PS					PS Totale	DEAI			DEAI Totale	DEAII					DEAI Totale	Totale Gen
	Gestione Diretta	Casa di Cura	Ospedale Classificato	Azienda Ospedaliera	Pol.Univ. Pubbl.		Gestione Diretta	Casa di Cura	Ospedale Classificato		Gestione Diretta	Azienda Ospedaliera	IRCCS	Pol.Univ.			
														Pub.	Priv.		
Asl Roma A	1					1		1	1		1		1		2	4	
Asl Roma B	1					1	1		1						0	2	
Asl Roma C						0	2	1	3						0	3	
Asl Roma D						0	1		1						0	1	
Asl Roma E	1		2			3	1	1	3						0	6	
Asl Roma F	1					1	1		1						0	2	
Asl Roma G	4					4	1		1						0	5	
Asl Roma H	4	1				5	2		2						0	7	
Asl Viterbo	4					4	1		1						0	5	
Asl Rieti						0	3		3						0	3	
Asl Latina	3	2				5	1		1	1					1	7	
Asl Frosinone	5					5	2		2						0	7	
A.O. S. Camillo Forlanini						0			0		1				1	1	
A.O. S. Giovanni Addolorata						0			0		1				1	1	
A.O. S. Filippo Neri						0			0		1				1	1	
IRCCS Bambino Gesù						0			0			1			1	1	
A.O.U. Gemelli						0			0				1		1	1	
A.O.U. Umberto I						0			0				1		1	1	
A.O.U. S. Andrea				1		1			0						0	1	
A.O.U. Tor Vergata					1	1			0						0	1	
Totale	24	3	2	1	1	31	16	1	3	20	1	4	1	2	1	60	

Fonte Dati: Laziosanità – ASP, Elaborazione Assessorato alla Sanità

Tabella 105 - Distribuzione delle strutture di Emergenza per ASL/Azienda di ubicazione, tipologia amministrativa ed organizzativa – Anno 2010.

L'attività di Pronto Soccorso considera l'accesso sulla base dell'urgenza delle condizioni del paziente, attraverso il "Triage" rappresentato da un "codice colore" assegnato all'arrivo da un infermiere addestrato:

- Codice Verde: Poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili
- Codice Giallo: Mediamente critico, priorità intermedia.
- Codice Rosso: indica la massima urgenza. Il paziente ha una o più funzioni vitali compromesse.
- Codice Bianco: indica l'assenza di urgenza, o viene usato nei casi in cui il paziente presenta lievi patologie che potrebbero essere viste dal medico curante e può essere soggetto a ticket.

Codice	Descrizione	Accessi	%
1	CODICE ROSSO	30.680	1,47%
2	CODICE GIALLO	394.861	18,98%
3	CODICE VERDE	1.494.525	71,84%
4	CODICE BIANCO	155.833	7,49%
5	NON ESEGUITO	4.573	0,22%
	Totale	2.080.472	100%

Tabella 107 - Distribuzione accessi per Triage - Anno 2010

La distribuzione per modalità di arrivo, al fine di valutare il mezzo con cui i pazienti accedono al Pronto Soccorso, evidenzia che nell' 82,87% dei casi i pazienti accedono autonomamente e nell' 11,32% dei casi ricorrono ai servizi di emergenza dell'ARES 118 (Tabella 108).

La causa più frequente di ricorso al PS è rappresentata da "traumatismi e avvelenamenti" (29,61%), seguiti da "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" (18,91%) e da "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" (6,94%) "malattie del sistema nervoso e organi di senso" (6,53%), "malattie dell'apparato respiratorio" (5,51%), "malattie del sistema circolatorio" (5,38%), e "malattie dell'apparato digerente" (4,88%) (Tabella 109).

Relativamente alla prima causa di accesso in PS "*traumatismi e avvelenamenti*" la casistica prevalente è l'incidente stradale (28,27%), seguita da Incidenti in altri luoghi (24,20%) ed incidente domestico (23,49%)

(Fonte Dati ASP Laziosanità – Elaborazione Assessorato alla Sanità

La distribuzione per "esito" - che definisce la modalità di uscita dal Pronto Soccorso - mostra nel 68,68% dei casi una dimissione a domicilio; nel 15,56% un ricovero in reparto di degenza, nel 1,76% il trasferimento in altro istituto, nel 7,03% il paziente si allontana dal PS prima di avere concluso l'iter assistenziale (paziente non risponde alla chiamata da parte del medico e paziente si allontana spontaneamente) (Fonte Dati ASP Laziosanità – Elaborazione Assessorato alla Sanità

Tabella 111).