

Assistenza ospedaliera

La rete ospedaliera del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta a tutt'oggi il fulcro dell'organizzazione sanitaria italiana, in quanto l'ospedale ancora costituisce la sede preferenziale dei percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie acute, concentra la casistica più complessa, utilizza le tecnologie sanitarie più innovative, assorbe una consistente quota delle risorse economiche dedicate all'assistenza sanitaria, contribuendo per circa il 47% (anno 2004) alla spesa complessiva sostenuta per garantire i livelli di assistenza.

D'altro canto, il processo di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera, fondato sul principio dell'appropriatezza, svolgendosi attraverso la promozione dei centri di eccellenza, la territorializzazione di alcune prestazioni, l'integrazione sociosanitaria e lo sviluppo delle cure primarie, si va realizzando molto gradualmente, anche se è fortemente sostenuto, in termini di programmazione sanitaria, dall'esigenza di garantire i livelli di assistenza in modo uniforme sul territorio nazionale, con un'offerta di servizi adeguati al bisogno di salute espresso dalla popolazione, e contemporaneamente dalla necessità di contenere la crescita della spesa sanitaria.

L'Intesa fra Stato e Regioni del 23 marzo 2005, al fine di razionalizzare la rete ospedaliera entro l'anno 2007, prevede una serie di azioni che riguardano la riorganizzazione dell'assetto strutturale della rete, con uno standard di posti letto pari a 4,5 per 1.000 ab. (con variazioni positive massime del 5% per condizioni demografiche particolari), comprensivo dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza, la definizione della capacità produttiva, con un tasso di ospedalizzazione pari a 180 per 1.000 (di cui 20% diurno), la promozione dell'appropriatezza, con il passaggio dal ricovero ordinario al Day Hospital di alcune prestazioni sanitarie e il potenziamento di forme alternative al ricovero, lo sviluppo dell'assistenza territoriale, con il potenziamento dei programmi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e di assistenza residenziale e semiresidenziale, lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici, in continuità territoriale, per garantire la continuità delle cure attraverso l'utilizzo più appropriato delle risorse nei vari livelli di assistenza.

Lo stesso Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nel riaffermare la centralità dei livelli di assistenza definiti dal DPCM del 29 novembre 2001, sostiene il modello di rete e avvalorare il principio dell'integrazione promuovendo la costruzione di reti assistenziali integrate sovraregionali e nazionali (emergenza-urgenza, trapianti, malattie rare), una maggiore integrazione dell'ospedale con il territorio (tra i diversi livelli di assistenza e con il sociale), la riorganizzazione delle cure primarie e il raccordo con le cure ospedaliere a completamento dell'offerta dei servizi di cure intermedie anche attraverso lo sviluppo dell'Ospedale di Comunità, la creazione di una rete assistenziale per le cure palliative, e non ultima la promozione continua della salute, attraverso azioni di prevenzione mirate all'individuo e alla collettività.

Anche il New Deal della salute del 27 giugno 2006, "Linee del programma di governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini", riprende alcuni temi del Piano Sanitario Nazionale, in particolare l'integrazione, e promuove la "Casa della salute" come insieme di attività sociosanitarie profondamente integrate in cui si realizza l'effettiva presa in carico del cittadino-paziente, atta a garantire la tutela di una delle molteplici dimensioni della sicurezza promosse dal programma, ovvero la sicurezza delle cure erogate.

Gli indicatori proposti riflettono l'esigenza di monitoraggio che emerge dai provvedimenti normativi nazionali e sintetizzano, con dettaglio regionale, la situazione dell'assistenza ospedaliera in Italia relativamente a tre aspetti principali: la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera (Tasso di ospedalizzazione complessivo e distinto per età e tipologia di attività erogata), l'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura (Degenza media e Degenza media pre-operatoria) e l'appropriatezza organizzativa, in termini di trasferimento di alcune prestazioni dal regime ordinario ad altri setting assistenziali (Utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatazza e ricoveri di un giorno per i DRG medici).

Dimissioni ospedaliere

Significato. Il tasso di ospedalizzazione (o di dimissioni ospedaliere) fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. L'indicatore include i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché intende esprimere l'entità della domanda di ricovero. Pertanto, se un paziente viene ricoverato più volte durante l'anno, sarà conteggiato tante volte quanti sono stati gli episodi di ricovero nel corso dell'anno. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato per ciascuna modalità di ricovero, ovvero sia per il regime di ricovero ordinario che per il regime di ricovero diurno, comprensivo del Day Hospital medico e chirurgico, o Day Surgery. In tal modo l'indicatore consente di

descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica ospedaliera da un *setting* assistenziale all'altro.

È importante sottolineare che l'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate in ambito ospedaliero, e comprende quindi anche una quota di ospedalizzazione determinata da inefficienze dell'assistenza ospedaliera e da carenze dell'assistenza territoriale. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta", dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.

Tasso di dimissioni ospedaliere

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di residenti nella regione ¹	
Denominatore	Popolazione residente nella regione all'inizio dell'anno	x 1.000

¹effettuate nell'anno

Validità e limiti. L'indicatore è stato calcolato considerando le dimissioni per acuti, in riabilitazione ed in lungodegenza effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate, presenti sul territorio nazionale. Sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e dei soggetti non residenti in Italia. Qualche cautela va prestata nei confronti dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital: ci sono alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente, pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato, accanto al tasso grezzo, il tasso di ospedalizzazione standardizzato. Il metodo di standardizzazione adottato è quello "diretto", detto anche della "popolazione tipo". Con riferimento alla popolazione italiana rilevata con il censimento 2001, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta quindi corretto l'effetto della variabilità regionale determinata dalla diversa composizione per età nelle singole regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome sancita il 23 marzo 2005 (art. 4 comma 1 punto b) ha fissato quale

obiettivo da raggiungere, entro il 2007, il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180 per mille residenti, di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno. Potrà essere raggiunto potenziando forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero ed il trasferimento dal regime ordinario a quello diurno di alcune prestazioni sanitarie.

Descrizione dei risultati

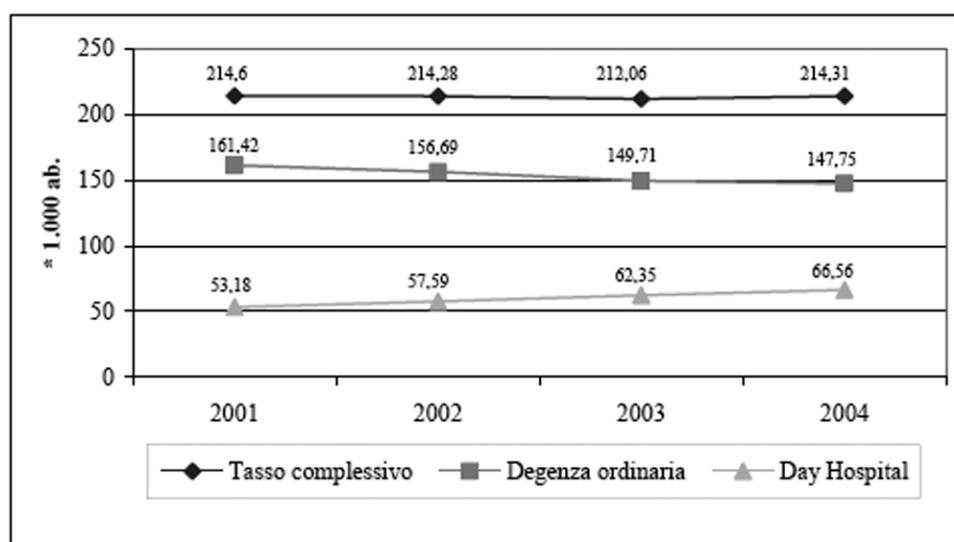
Nel 2004 il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è 147,75 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e 66,56 in modalità di Day Hospital. L'analisi dei valori temporali conferma una riduzione del ricovero in regime ordinario, -1,3% rispetto al 2003 e -4,5% tra il 2003 e il 2002.

Per contro, si rileva un incremento dell'ospedalizzazione in regime diurno, +6,8 rispetto al 2003 e +8,6% l'incremento registrato nel 2003 rispetto al 2002.

Nel 2004 la riduzione dell'ospedalizzazione in regime ordinario si manifesta in tutte le regioni, ad eccezione di Abruzzo (+1,9%) e Molise (+3,7%); in Campania (+0,3%) non si registrano sensibili variazioni. Per quanto riguarda l'attività di Day Hospital l'incremento si rileva in quasi tutte le regioni, in particolare in Liguria e Sicilia l'incremento rispetto al 2003 supera il 13%.

Si nota una riduzione di questa modalità di ricovero in

Grafico 1 - Tasso grezzo di ospedalizzazione (tassi per 1.000 abitanti) - Anni 2001-2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute-SDO 2001-2004. Anno 2006.

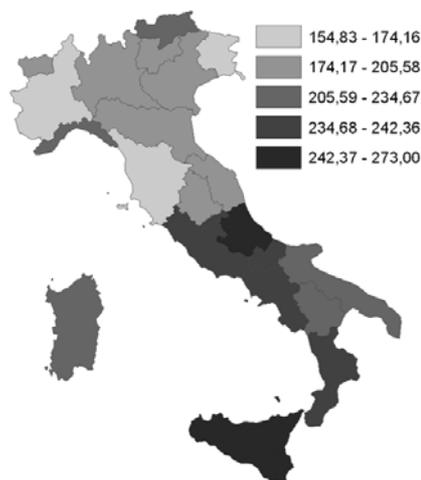
Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e regione di residenza (Tassi grezzi e standardizzati per 1.000 abitanti) – Anno 2004

Regioni	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Tasso grezzo	Tasso std*	Tasso grezzo	Tasso std*	Tasso grezzo	Tasso std*
Piemonte	120,05	113,52	63,62	60,64	183,67	174,16
Valle d'Aosta	132,73	129,25	56,07	54,42	188,80	183,67
Lombardia	146,28	144,78	61,72	60,79	208,00	205,58
Bolzano-Bozen	159,66	167,63	45,25	46,19	204,91	213,82
Trento	132,62	132,14	55,91	55,73	188,53	187,87
Veneto	128,14	126,92	57,75	57,15	185,89	184,07
Friuli-Venezia Giulia	126,59	116,00	40,28	38,83	166,87	154,83
Liguria	145,45	128,99	104,24	97,37	249,70	226,36
Emilia-Romagna	143,29	131,67	53,38	50,51	196,67	182,18
Toscana	124,13	113,46	53,31	52,00	177,44	165,47
Umbria	134,31	124,96	68,34	65,23	202,65	190,20
Marche	144,24	135,50	48,02	45,81	192,26	181,31
Lazio	156,83	156,80	85,80	85,57	242,64	242,36
Abruzzo	206,30	199,97	70,70	69,94	277,00	269,91
Molise	185,58	179,98	56,33	56,16	241,91	236,14
Campania	154,95	167,36	71,72	74,89	226,67	242,26
Puglia	165,25	172,22	42,06	43,81	207,31	216,03
Basilicata	145,67	146,97	65,55	66,17	211,22	213,14
Calabria	167,06	173,07	62,20	63,70	229,27	236,76
Sicilia	161,62	166,23	104,41	106,78	266,03	273,00
Sardegna	160,50	166,48	67,28	68,20	227,78	234,67
Italia	147,75	146,22	66,56	66,05	214,31	212,28

* La standardizzazione è stata calcolata utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione residente al Censimento 2001.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004 – Anno 2006.

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e regione. Anno 2004



Veneto (-4,2%), Friuli-Venezia Giulia (-1,8%), Emilia-Romagna (-4,7%), mentre nelle Marche (-0,2%) non si registra alcuna sostanziale variazione.

Relativamente alle differenze territoriali è evidente un gradiente geografico nei tassi di ospedalizzazione per ricovero ordinario, che risultano più elevati nelle regioni dell'area meridionale ed insulare del paese e minori nelle regioni settentrionali, con l'eccezione della PA di Bolzano. In particolare, i tassi standardizzati di ospedalizzazione in degenza ordinaria risultano maggiori in Abruzzo (199,97), Molise (179,98), Calabria (173,07), Puglia (172,22), mentre i valori più contenuti sono in Toscana (113,43), Piemonte (113,52) e Friuli-Venezia Giulia (116). Il valore nazionale del tasso standardizzato si attesta a 146,22 per 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda l'attività in regime diurno non è altrettanto evidenziabile un particolare gradiente geografico. I tassi standardizzati oscillano da 38,83 a 106,78 (Sicilia). Si rammenta, a tal riguardo, che esistono diversità regionali, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno.

Il confronto con il parametro di riferimento, indicato

dall'Intesa del 23 marzo 2005, di 180‰ senza distinzione della modalità di degenza, evidenzia una frequenza del ricorso all'ospedalizzazione ancora troppo elevata in molte regioni. Fanno eccezione il Piemonte, Friuli-Venezia Giulia e la Toscana, i cui tassi standardizzati complessivi risultano al di sotto del parametro di riferimento.

Raccomandazioni di Osservasalute

I più recenti piani sanitari, nazionali e regionali, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente, ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine è auspicata una riallocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale), un incremento del ricovero diurno, l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare, una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri, anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei livelli di assistenza, è ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in Day Hospital/Day Surgery con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Questi interventi di programmazione sanitaria devono essere accompagnati da una costante comunicazione con la popolazione, affinché siano chiare le finalità delle azioni intraprese, in termini di efficacia ed appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché di competenze dei vari ambiti assistenziali, ospedaliero e territoriale, rispetto alla diversità delle patologie e dei pazienti presi in carico.

Dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

Significato. Quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie, l'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e quindi anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere, in termini di ospedalizzazione. In particolare la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente del-

le caratteristiche demografiche della popolazione e ciò è da attribuire, in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale.

I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere di residenti nella regione}^1, \text{ per classi di età, per tipo di attività}^2}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente nella regione all'inizio dell'anno}} \times 1.000$$

¹ovunque effettuate nell'anno

²regime di degenza ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza

Validità e limiti. Le schede di dimissione ospedaliera, considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, nel corso dell'anno 2004, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il servizio sanitario nazionale. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, dei pazienti non residenti in Italia e di coloro cui non è stato possibile calcolare l'età, per la presenza di errori nella data di nascita e/o data di ricovero.

È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione relative al medesimo paziente, con riferimento ad un episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione), o da una modalità di ricovero all'altra (dal Day Hospital al regime ordinario e viceversa) devono essere compilate due schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle diverse classi di età.

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età,

distintamente per le varie tipologie di attività ospedaliera (acuti, riabilitazione, lungodegenza).

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari nelle discipline per acuti (tabella 1 e grafico 1), in tutte le regioni i valori più alti si evidenziano nelle classi di età estreme, ovvero nei dimessi di età inferiore a 1 anno e superiore a 75 anni. Si osserva inoltre che il tasso di ospedalizzazione per i soggetti con età compresa fra 65 e 74 anni è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto alle regioni centro-settentrionali del paese.

Relativamente all'attività di riabilitazione (tabella 2) sono state considerate classi di età più ampie, perché vi ricorrono più frequentemente pazienti anziani. In particolare si osserva come il tasso di ospedalizzazione assuma i valori più elevati per la classe degli ultrasettantacinquenni e con una considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è certamente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate nell'assistenza riabilitativa.

Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza (tabella 3), il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani con età maggiore o uguale a 75 anni. Anche per questo tipo di assistenza, come per la riabilitazione, emergono notevoli differenze geografiche. I tassi di ospedalizzazione mostrano un'attività di lungodegenza quasi inesistente in Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Liguria e Umbria, mentre i valori più elevati della distribuzione sono in Emilia-Romagna (44,2 per 1.000 residenti), Trento (30,8) e Bolzano (28,0).

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per acuti, per classi di età e regione di residenza (tassi per 1.000 abitanti) – Anno 2004

Regioni	< 1 anno	1 - 14 anni	15 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	>=75 anni
Piemonte	550,85	53,83	73,95	91,97	178,52	255,88
Valle D'Aosta	258,49	52,30	88,73	118,14	226,83	324,02
Lombardia	607,21	65,22	90,88	121,07	240,08	341,64
Bolzano-Bozen	546,88	75,92	95,24	136,40	279,00	490,76
Trento	373,55	42,98	80,53	104,20	214,37	342,35
Veneto	426,71	46,33	78,65	101,77	215,63	346,19
Friuli-Venezia Giulia	382,70	31,62	73,24	100,32	208,69	351,78
Liguria	604,23	57,96	88,90	107,83	202,57	318,94
Emilia-Romagna	431,25	61,83	85,62	106,83	208,05	334,70
Toscana	439,67	43,91	73,41	92,08	195,47	321,81
Umbria	544,57	65,42	84,12	104,75	207,57	312,35
Marche	449,04	68,31	86,25	114,37	229,53	353,86
Lazio	565,22	74,34	100,67	132,83	261,62	387,41
Abruzzo	664,07	93,47	126,84	176,40	333,21	462,95
Molise	685,63	85,10	111,10	173,28	305,82	414,95
Campania	463,58	74,62	109,29	156,98	301,37	367,79
Puglia	647,07	84,33	111,41	154,24	298,93	397,97
Basilicata	520,73	57,20	90,98	136,79	270,37	354,12
Calabria	513,99	73,20	106,85	165,24	314,41	399,54
Sicilia	619,22	91,71	103,52	153,93	297,21	375,50
Sardegna	592,86	71,16	104,49	148,09	303,68	444,62
Italia	536,17	68,30	94,10	125,86	246,49	352,42

* La standardizzazione è stata calcolata utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione residente al Censimento 2001.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004 – Anno 2006.

Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per acuti, per classe di età < 1 anno e regione. Anno 2004

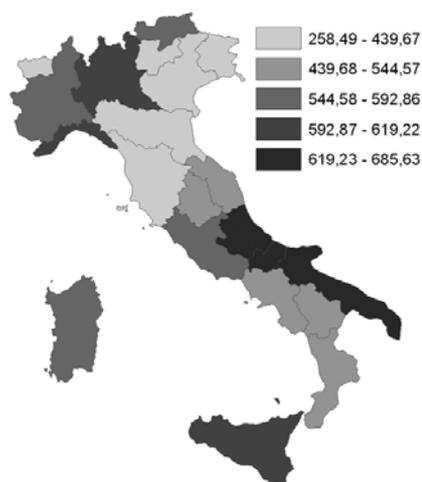
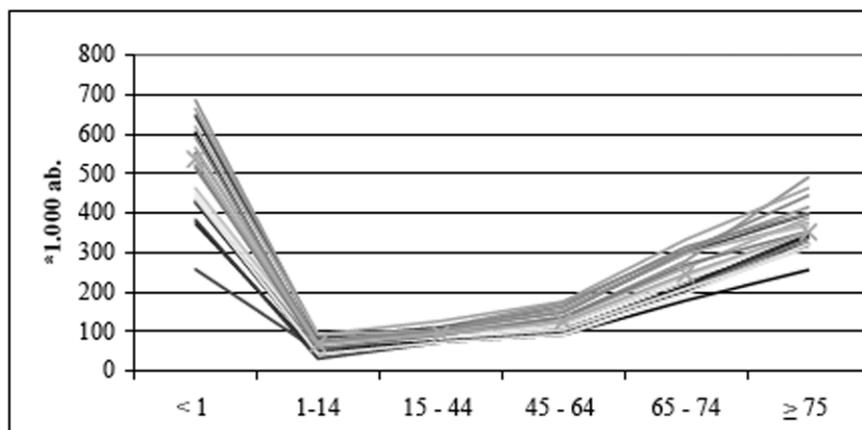


Grafico 1 - Tasso di dimissioni ospedaliere per acuti in regime ordinario per età (tassi per 1.000 abitanti) - Anno 2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2001-2004. Anno 2006.

Tabella 2 - Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per riabilitazione, per classi età e regione di residenza (tassi per 1.000 abitanti) – Anno 2004

Regioni	0 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	>=75 anni
Piemonte	1,0	5,7	18,0	24,1
Valle D'Aosta	0,7	3,8	11,5	5,9
Lombardia	1,5	7,6	24,4	36,3
Bolzano-Bozen	0,4	3,8	12,7	27,2
Trento	1,4	9,1	26,6	30,0
Veneto	0,7	4,2	14,5	19,4
Friuli-Venezia Giulia	0,7	2,5	7,0	8,2
Liguria	1,0	5,3	14,4	15,9
Emilia-Romagna	0,6	3,0	8,6	9,0
Toscana	0,6	2,4	8,1	11,3
Umbria	0,9	2,7	6,3	5,5
Marche	0,6	2,3	6,9	7,8
Lazio	0,9	4,5	16,9	30,6
Abruzzo	2,3	9,9	26,3	34,3
Molise	1,2	4,8	13,1	13,8
Campania	0,6	3,3	10,3	12,1
Puglia	0,8	3,1	8,8	9,3
Basilicata	0,6	3,3	7,9	7,3
Calabria	0,8	4,1	11,7	11,6
Sicilia	0,7	2,8	7,9	7,0
Sardegna	0,4	1,0	1,6	1,2
Italia	0,9	4,4	13,8	18,2

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004 – Anno 2006.

**Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per riabilitazione,
classe di età ≥ 75 anni e regione. Anno 2004**

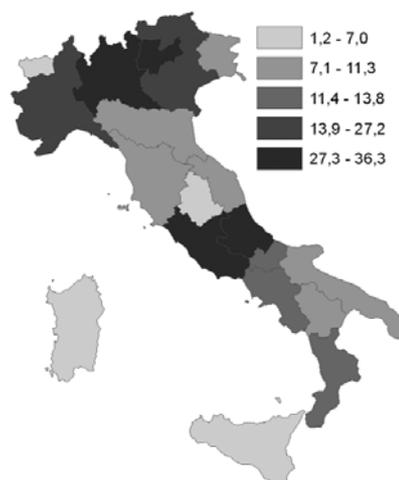
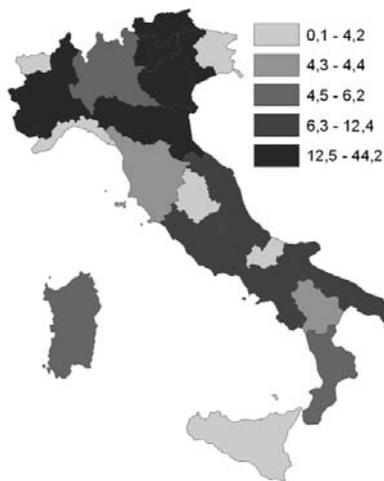


Tabella 3 - Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per lungodegenza, per classi età e regione di residenza (tassi per 1.000 abitanti) – Anno 2004

Regioni	0 - 64 anni	65 - 74 anni	≥ 75 anni
Piemonte	0,3	4,2	16,0
Valle D'Aosta	0,0	0,1	0,2
Lombardia	0,2	2,2	5,7
Bolzano-Bozen	0,5	7,7	28,0
Trento	0,7	8,4	30,8
Veneto	0,4	5,1	21,6
Friuli-Venezia Giulia	0,0	0,2	0,4
Liguria	0,0	0,1	0,4
Emilia-Romagna	0,9	11,2	44,2
Toscana	0,1	0,8	4,3
Umbria	0,1	0,2	0,1
Marche	0,7	3,4	12,4
Lazio	0,1	1,1	6,4
Abruzzo	0,2	1,3	6,7
Molise	0,1	1,1	3,5
Campania	0,9	2,6	7,2
Puglia	0,3	3,5	11,2
Basilicata	0,2	1,7	4,4
Calabria	0,5	3,2	6,2
Sicilia	0,1	1,5	4,2
Sardegna	0,1	0,9	4,8
Italia	0,3	3,1	11,6

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004 – Anno 2006.

Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per lungodegenza, classe di età ≥ 75 anni e regione. Anno 2004



Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati, evidenzia maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle fasce di età estreme, nonché una discreta variabilità regionale nell'accesso ad alcune forme di assistenza, quali la riabilitazione e la lungodegenza. Questo induce a porre un'adeguata attenzione nella pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione e a rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni. Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si dovrebbe

procedere alla sua standardizzazione rispetto al *case mix*. La degenza media regionale così standardizzata rappresenta allora il valore teorico-atteso della degenza media che si osserverebbe se ogni regione presentasse una casistica ospedaliera di complessità analoga a quella dello standard di riferimento, ovvero se la composizione per DRG dei dimessi nelle varie regioni fosse ad esempio uguale a quella dell'intera casistica nazionale.

Degenza media

Numeratore Giornate di degenza erogate, in regime ordinario, nella regione¹

Denominatore Dimissioni nella regione¹

¹effettuate nell'anno

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinario, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale, nell'anno 2004.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. I confronti regionali non sono depurati dall'effetto confondente della complessità della casistica trattata (*case mix*). In ogni caso, si osserva, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, sia per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Descrizione dei risultati

La degenza media a livello nazionale è di 6,7 giorni. L'indicatore assume il valore massimo in Valle d'Aosta (8,6), ed il valore minimo nella regione Campania (5,5). In generale per tutte le regioni dell'area meridionale la degenza media si colloca al di sotto del valore medio nazionale, mentre nelle regioni dell'area settentrionale l'indicatore assume valori superiori. Sarebbe opportuno, tuttavia, valutare l'indicatore considerando la complessità del *case mix*.

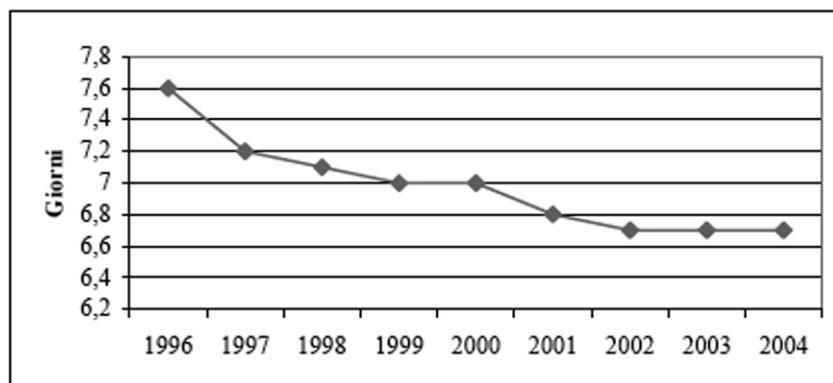
Un'analisi temporale evidenzia che dal 2002-2003, la degenza media rimane sostanzialmente stabile, con un aumento al contempo della complessità della casistica trattata, in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG; ciò riflette un utilizzo più appropriato dell'ospedale, dedicato più correttamente al trattamento e alla cura delle patologie acute.

Tabella 1 - Degenza media – Anno 2004

Regioni	Giorni
Piemonte	8,1
Valle d'Aosta	8,6
Lombardia	6,4
Bolzano-Bozen	6,8
Trento	7,8
Veneto	7,9
Friuli-Venezia Giulia	7,5
Liguria	7,9
Emilia-Romagna	6,7
Toscana	7,5
Umbria	6,4
Marche	6,9
Lazio	7,8
Abruzzo	6,0
Molise	7,0
Campania	5,5
Puglia	6,0
Basilicata	6,7
Calabria	6,1
Sicilia	5,7
Sardegna	6,7
Italia	6,7

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004 – Anno 2006.

Grafico 1 - Degenza media per acuti - Anni 1996-2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2001-2004. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

La sola lettura della degenza media grezza non è di per sé sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera. Attualmente, infatti, la giornata di degenza non può essere considerata un indice con elevata capacità descrittiva del consumo di risorse ospedaliere, sia per il progressivo aumento del contenuto tecnologico dei profili diagnostico-terapeutici, sia per la maggiore concentrazione nelle discipline per acuti della casisti-

ca più complessa. È importante quindi valutare anche le caratteristiche del *case mix* trattato, oltre alle capacità organizzative delle strutture di ricovero in relazione alla disponibilità ed accessibilità dei servizi di supporto. In ogni caso, le analisi temporali di questo indicatore, anche standardizzato per *case mix*, rilevano che vi sono ancora margini di miglioramento in termini di riduzione della degenza media ospedaliera.

Degenza media preoperatoria (DMPO) nei ricoveri ordinari

Significato. L'indicatore illustra il tempo medio trascorso in ospedale in ricovero ordinario prima di eseguire un intervento chirurgico, il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso (degenza media preoperatoria - DMPO).

Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono e dovrebbero essere effettuate nel periodo pre ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital. Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'iter clinico ed assistenziale attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi (percorsi dia-

gnostici preferenziali, sale e/o sedute operatorie dedicate). Il dato della DMPO può essere pertanto assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota generalmente difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri od extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso potenzialmente inappropriato dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza media preoperatoria per ricoveri ordinari

Numeratore Giornate di degenza preoperatoria per DRG chirurgici*

Denominatore Dimessi con DRG chirurgici*

**in regime ordinario*

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano i dati grezzi di vari ospedali deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* delle strutture considerate. Per grandi casistiche riferite al complesso degli ospedali di una regione, come nel nostro caso, i *case mix* risultano più omogenei e di conseguenza aumenta sensibilmente il livello di confrontabilità. Il confronto dei dati deve peraltro tenere conto delle possibili differenze regionali dell'indice di attrazione per l'oggettiva difficoltà di adottare appropriati percorsi preoperatori extraospedalieri per i cittadini non residenti.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio delle cinque regioni con i valori più bassi di DMPO (1,55 giorni) fornisce una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio.

Descrizione dei risultati

La generale ricerca di efficienza ha determinato negli anni precedenti a quelli considerati una progressiva e significativa riduzione della DMPO, anche se il confronto degli ultimi tre anni mostra la tendenza ad una costante riduzione di entità assolutamente modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento.

La degenza media preoperatoria del 2004 del livello nazionale è pari a 2,04 giorni ed il range dei valori è molto elevato, pari a 1,6 giorni (1,29 del Friuli Venezia Giulia contro 2,89 del Lazio).

I risultati raggiunti non sono uniformi nel territorio nazionale e persistono rilevanti differenze regionali che in alcune regioni, specie del Sud, si sono ulteriormente accentuate. Fra le 12 regioni con DMPO superiore alla media nazionale sono comprese tutte le regioni del Sud, tranne l'Abruzzo. Undici regioni presentano performance migliori della media nazionale e tutte le regioni del Nord (tranne la Valle d'Aosta e la Liguria) sono comprese in questo gruppo (tabella 1 e grafico 1).

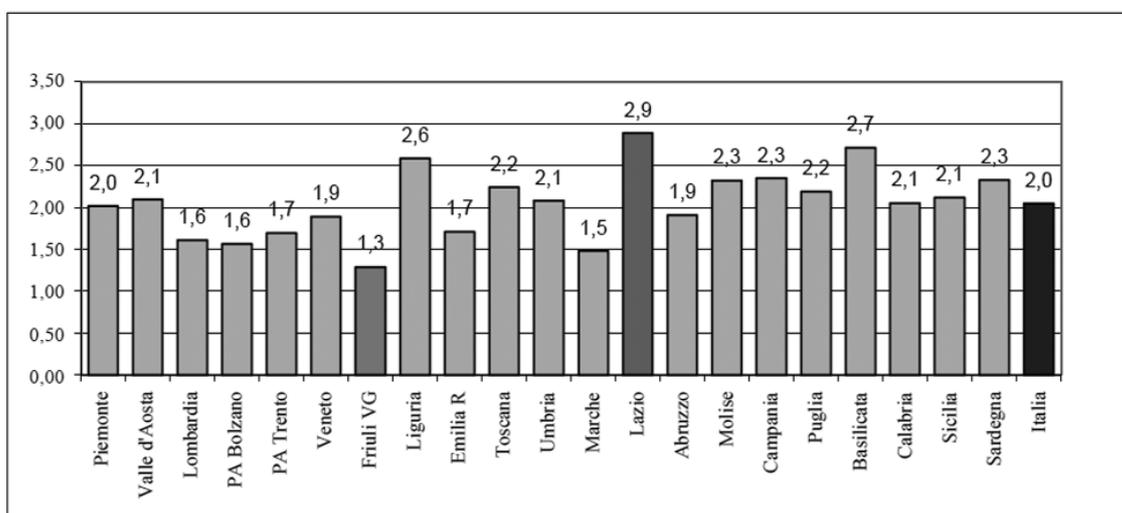
Tra il 2002 ed il 2004 tredici regioni hanno migliorato le loro performance mentre 9 hanno fatto registrare valori uguali o peggiori dell'anno di riferimento.

L'analisi della tabella mette in evidenza che tra le regioni con le performance migliori continuano ad essere comprese alcune di quelle che tradizionalmente hanno alti indici di attrazione per le discipline chirurgiche e, generalmente, un elevato indice di *case mix* (Lombardia, Emilia Romagna). Il dato sembra confermare l'efficacia delle misure adottate in queste regioni per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri ed al contempo per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza dell'utilizzo dell'attività ospedaliera.

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario per regione - Anni 2002-2004

Regioni	DMPO 2002	DMPO 2003	DMPO 2004	Variazione 2003-2002	Variazione 2004-2003
Piemonte	2,17	2,09	2,01	-0,08	-0,08
Valle d'Aosta	2,42	2,35	2,10	-0,07	-0,25
Lombardia	1,83	1,72	1,61	-0,11	-0,11
Bolzano-Bozen	1,49	1,47	1,56	-0,02	0,09
Trento	1,62	1,72	1,69	0,10	-0,03
Veneto	2,00	1,92	1,89	-0,08	-0,03
Friuli Venezia Giulia	1,39	1,32	1,29	-0,07	-0,03
Liguria	3,03	3,10	2,58	0,07	-0,51
Emilia Romagna	1,88	1,78	1,71	-0,10	-0,07
Toscana	2,19	2,19	2,24	0,00	0,05
Umbria	2,13	2,06	2,08	-0,07	0,02
Marche	1,58	1,55	1,48	-0,03	-0,07
Lazio	2,96	2,89	2,89	-0,07	0,00
Abruzzo	2,07	1,95	1,91	-0,12	-0,05
Molise	2,42	2,41	2,32	-0,01	-0,09
Campania	2,20	2,27	2,35	0,08	0,07
Puglia	2,16	2,17	2,19	0,01	0,02
Basilicata	3,05	3,06	2,71	0,01	-0,35
Calabria	2,04	2,04	2,05	0,01	0,01
Sicilia	2,10	2,15	2,12	0,05	-0,03
Sardegna	2,23	2,31	2,32	0,08	0,01
Italia	2,13	2,09	2,04	-0,04	-0,04

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Grafico 1 - Degenza media preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati di DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che i ricoveri urgenti. Una attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri programmati e l'adozione di apposite linee guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare in entrambi i casi attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico e quindi migliorare sensibilmente la gestione del percorso assistenziale del paziente, non solo in termini di efficienza, ma anche riguardo il gradimento, l'efficacia, la sicurezza e gli esiti degli interventi stessi.

A tale riguardo occorre considerare che se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione della degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, diverse analisi hanno dimostrato che il maggior contributo alla ridu-

zione della degenza media per i ricoveri chirurgici è stato dato da forti contrazioni della degenza post intervento. Il trend di riduzione sembra aver peraltro subito un generale rallentamento dopo le confortanti performance del recente passato e, specie nelle realtà che hanno raggiunto limiti molto bassi di degenza media complessiva, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate siano perseguiti soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori, piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati.

Le evidenze rilevate e queste considerazioni dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno anche allo scopo di definire soglie massime di DMPO per i principali DRG chirurgici.

Degenza media preoperatoria (DMPO) per alcuni DRG in ricovero ordinario

Significato. L'indicatore analizza la DMPO relativa al DRG 162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza complicanze, 198 - Colectomia ecc... laparoscopia senza esplorazione del dotto biliare senza complicanze, 209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori e 232 - Artroscopia.

La scelta dei DRG è stata fatta in funzione della numerosità della casistica, dell'elevata proporzione di casi gestiti in elezione (che minimizza le difficoltà di

interpretazione connesse alla presenza dei casi gestiti in urgenza) e della rilevanza sociale delle relative patologie. I dati di DMPO dei DRG prescelti rappresentano pertanto degli ottimi traccianti della effettiva capacità di un determinato contesto organizzativo di assicurare un servizio effettivamente orientato alle esigenze dei pazienti attraverso un'efficiente gestione del percorso preoperatorio ed un'ottimale pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie.

Degenza media preoperatoria per ricoveri in regime ordinario

Numeratore	Giornate di degenza preoperatoria per alcuni DRG chirurgici*
Denominatore	Dimessi con DRG chirurgico*

**in regime ordinario*

Validità e limiti. L'indicatore DMPO esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG e pertanto i risultati presentati possono essere considerati complementari e più specifici riguardo l'analisi condotta nella sezione precedente. Su tutta la casistica chirurgica regionale. Il confronto della DMPO DRG specifica deve peraltro tenere conto delle sensibili differenze regionali dell'indice di attrazione per le patologie considerate, in specie per quelle più complesse, per l'oggettiva difficoltà di adottare appropriati percorsi preoperatori extraospedalieri per i cittadini non residenti. L'analisi della percentuale degli interventi effettuati nei primi due giorni di ricovero potrebbe rappresentare un'estensione dello studio utile per affinare la valutazione e la comprensione del fenomeno di interesse, in specie a livello delle singole strutture di ricovero.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori più bassi di DMPO rilevati per ciascuno dei quattro DRG considerati individuano le migliori performance e forniscono una misura diretta e assai significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso preoperatorio DRG specifico.

Descrizione dei risultati

La tabella 1 ed il grafico 1 illustrano il confronto tra gli anni 2002 e 2004 dei valori nazionali di DMPO relativi a tutti i dimessi con DRG chirurgico ed ai DRG selezionati (162, 198, 209 e 232). Anche per il 2004 la riduzione di DMPO per i DRG in esame risul-

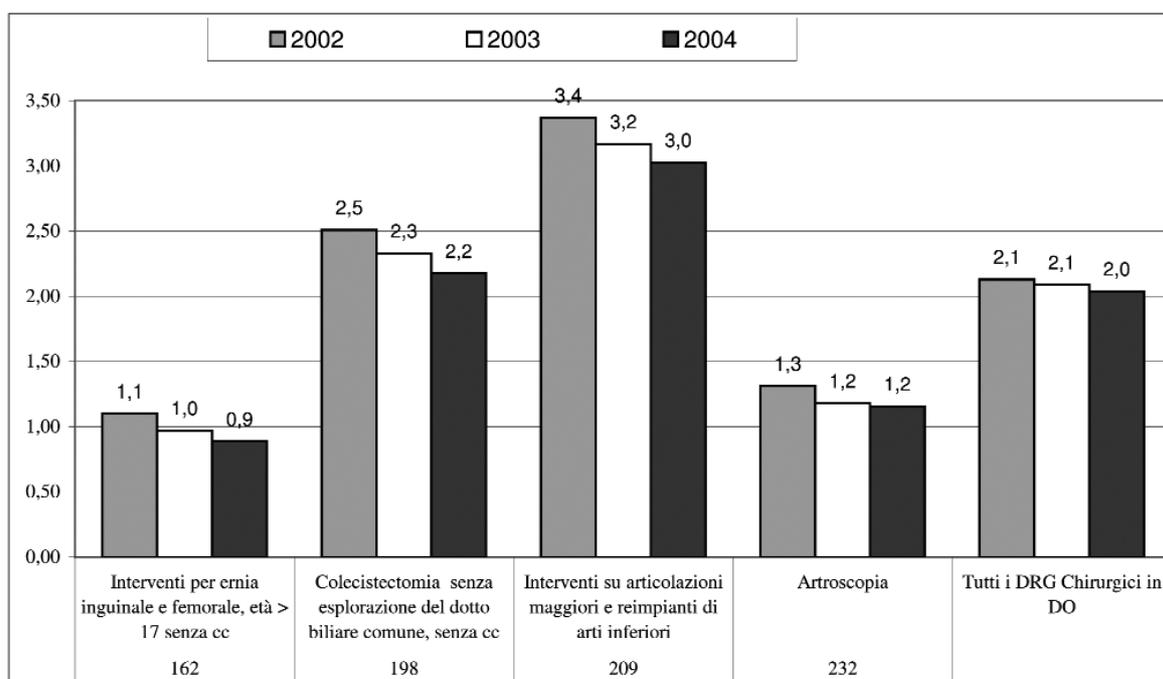
ta significativa in senso assoluto e più alta rispetto al trend registrato per il valore riferito a tutti i DRG chirurgici. Questo dato conferma, in linea generale, l'attenzione posta ai diversi livelli del sistema per ottimizzare almeno i percorsi preoperatori e/o la fase di pre-ospedalizzazione delle principali patologie chirurgiche gestibili attraverso un ricovero programmato. La tabella 2 analizza, per regione, la DMPO dei dimessi nel 2004 con i DRG selezionati. Il maggior livello di dettaglio dell'analisi mette in evidenza da un lato la costante variabilità della DMPO in funzione della complessità dei casi trattati e dall'altro le forti differenze ancora esistenti nelle varie regioni, con un evidente e significativo divario tra il Nord ed il Sud del paese. La regione Friuli Venezia Giulia registra i valori più bassi per tutte le patologie considerate mentre, con rare eccezioni e nonostante il complessivo miglioramento rispetto all'anno precedente, le regioni del Centro-Sud si contendono il primato opposto. Il range dei valori di DMPO per i DRG in esame risulta sempre elevato e spesso è superiore al valore della media nazionale.

L'analisi sembra dimostrare che nelle singole regioni il livello delle performance è abbastanza costante. In pratica sia il ranking che lo scostamento, positivo o negativo, rispetto alla media nazionale risultano simili per i diversi DRG considerati, segno evidente che la gestione del percorso preoperatorio è influenzata da modelli organizzativi e prassi operative ampiamente diffusi, consolidati e caratteristici di ciascun contesto regionale.

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per alcuni DRG chirurgici - Anni 2002-2004

DRG	DMPO 2002	DMPO 2003	DMPO 2004	Variazione 2002-2004	Variazione % 2002-2004
DRG 162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	1,10	0,97	0,89	0,21	-19,42
DRG 198 - Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	2,51	2,33	2,18	0,33	-13,35
DRG 209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	3,37	3,17	3,03	0,34	-10,19
DRG 232 - Artrosopia	1,31	1,18	1,16	0,15	-11,71
Tutti i DRG chirurgici	2,13	2,09	2,04	0,09	-4,23

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

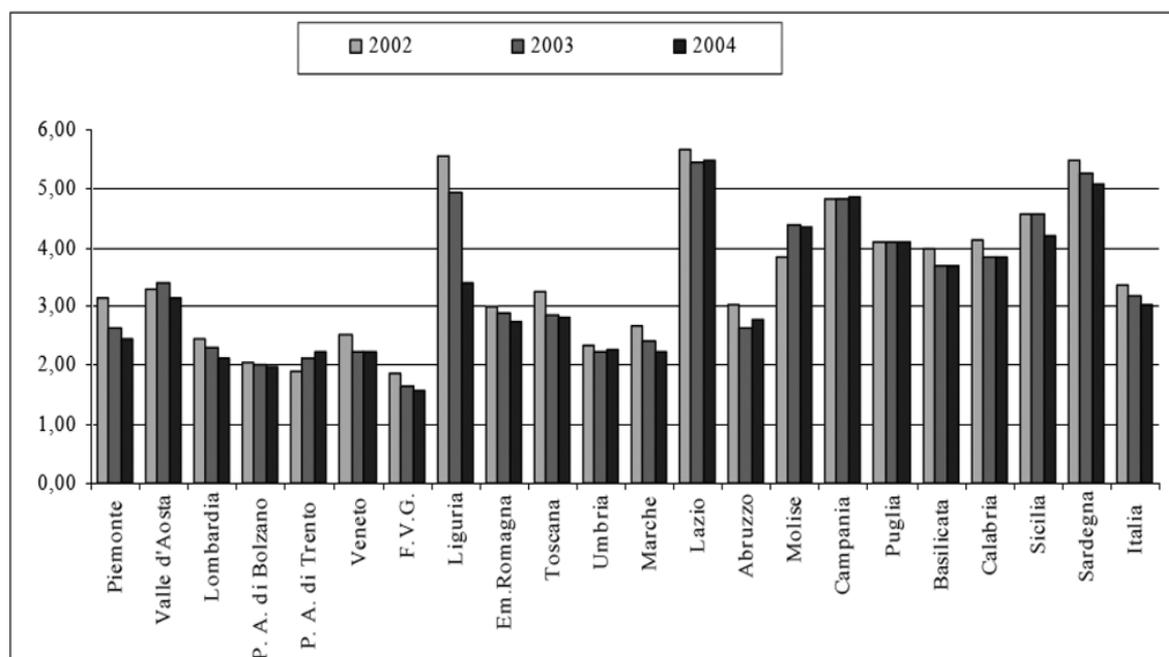
Grafico 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per alcuni DRG chirurgici - Anni 2002-2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Tabella 2 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per DRG e regione - Anno 2004

Regioni	Tutti i DRG Chirurgici	DRG 162	DRG 198	DRG 209	DRG 232
Piemonte	2,01	1,00	2,28	2,43	1,25
Valle d'Aosta	2,10	1,08	1,89	3,15	1,00
Lombardia	1,61	0,33	1,57	2,11	0,50
Bolzano-Bozen	1,56	0,74	1,22	1,97	0,74
Trento	1,69	0,36	1,01	2,23	0,32
Veneto	1,89	0,64	1,50	2,22	0,99
Friuli-Venezia Giulia	1,29	0,13	0,82	1,56	0,28
Liguria	2,58	1,01	1,75	3,41	2,29
Emilia-Romagna	1,71	0,27	1,47	2,74	0,77
Toscana	2,24	0,86	2,48	2,80	1,30
Umbria	2,08	0,79	2,22	2,27	0,60
Marche	1,48	0,24	1,77	2,23	0,32
Lazio	2,89	1,47	3,14	5,47	1,91
Abruzzo	1,91	1,06	2,20	2,77	1,16
Molise	2,32	1,58	3,61	4,34	2,14
Campania	2,35	1,39	2,58	4,86	1,51
Puglia	2,19	1,07	3,00	4,10	1,50
Basilicata	2,71	1,59	3,70	3,69	1,39
Calabria	2,05	1,54	3,05	3,86	1,65
Sicilia	2,12	1,07	2,12	4,22	2,10
Sardegna	2,32	1,43	3,03	5,09	1,46
Italia	2,04	0,89	2,18	3,03	1,16

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004. – Anno 2006.

Grafico 2 - Degenza Media Preoperatoria in regime ordinario e Interventi su articolazioni maggiori per regione – Anni 2002-2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

In linea di massima l'analisi della DMPO dei DRG chirurgici selezionati suggerisce le medesime considerazioni fatte nella precedente sezione a proposito della DMPO relativa a tutti i DRG chirurgici. Tuttavia, anche in considerazione del fatto che il miglioramento rilevato nel gruppo di DRG studiati è nettamente superiore a quello registrato per l'insieme dei DRG chirurgici, le DMPO osservate in qualche regione appaiono anomale e difficilmente giustificabili in relazione alle opportunità offerte dall'evoluzione delle tecniche diagnostiche, dalla loro minore invasività e dalla diffusa affermazione di modelli organizzativi in grado di assicurare una efficace ed attiva

gestione del percorso preoperatorio in regime ambulatoriale. Degenze medie preoperatorie prossime al doppio dei valori medi nazionali (vedi grafico 2 relativo al DRG 209), oltre che denotare un uso inefficiente delle strutture di ricovero, gravano sui pazienti esponendoli inutilmente ai disagi e ai rischi insiti in un ospedalizzazione inappropriata. Potrebbe quindi essere del tutto giustificata l'adozione di misure volte a disincentivare, anche attraverso adeguate politiche tariffarie, quelle strutture che non rispettassero soglie massime di DMPO per un set di DRG selezionati e/o per patologie chirurgiche gestibili attraverso il ricovero programmato.

Utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Significato. L'indicatore verifica l'entità di utilizzo del Day Hospital rispetto al ricovero ordinario per alcuni DRG medici e permette di valutare il grado di appropriatezza organizzativa raggiunto dalle regioni a seguito delle indicazioni contenute nel DPCM 29/11/2001, il quale ha definito un elenco di 43 DRG "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria.

Un successivo accordo della Conferenza Stato – Regioni impone alle regioni di individuare per ciascuno dei 43 DRG un valore percentuale/soglia di ammissibilità in ricovero ordinario per le prestazioni elencate nell'allegato 2C del citato DPCM e di monitorare il grado di trasferimento dal regime ordinario al Day Hospital, prevedendo altresì per le stesse la facoltà

di individuare ulteriori DRG e prestazioni che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.

La percentuale di ricovero in Day Hospital, analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza poiché è influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di ospedalizzazione specifico per DRG e la stima delle prestazioni effettuate in regime ambulatoriale. In assenza di dati attendibili sull'attività ambulatoriale la relazione tra la percentuale di Day Hospital ed il tasso di dimissione standardizzato per singolo DRG può fornire una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in alternativa al ricovero ospedaliero.

Percentuale di ricoveri in Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Dimissioni ospedaliere in Day Hospital*
Dimissioni ospedaliere in regime ordinario e in Day Hospital*

**per i DRG medici considerati*

Validità e limiti. Successivamente all'emanazione del DPCM sui LEA quasi tutte le regioni hanno individuato, sebbene con tempi diversi, i valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 43 DRG che l'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 considera "ad alto rischio di inappropriatelyzza". I valori soglia individuati a livello delle singole regioni sono tuttavia molto differenti. Tale variabilità dipende dai diversi processi di riorganizzazione della rete ospedaliera intrapresi dalle regioni che richiedono azioni pluriennali per ottenere risultati significativi e che hanno condizionato le scelte. Alcune regioni hanno inoltre introdotto limitazioni dell'ammissibilità dei ricoveri ordinari anche per altri DRG ed in molti casi hanno fornito specifiche indicazioni per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero. Nel testo di questo indicatore saranno illustrati, mediante il confronto 2003 – 2004, i dati relativi ai ricoveri totali ed alla percentuale di Day Hospital delle regioni riguardo il set dei DRG medici ad elevato rischio di inappropriatelyzza. Sebbene molte regioni avessero già in precedenza avviato azioni di miglioramento (cfr il monitoraggio anni 2002 – 2003 nel Rapporto Osservasalute 2005, pag. 339-346), i dati del periodo considerato rappresentano con chiarezza l'efficacia delle misure adottate e quindi i risultati conseguiti nelle diverse realtà regionali a seguito dell'adozione e del consolidamento degli interventi volti a contrastare il fenomeno dell'inappropriatelyzza organizzativa.

La percentuale del ricovero in Day Hospital consente di valutare l'appropriatezza del setting assistenziale mentre il confronto dei ricoveri effettuati nei due periodi conside-

rati, utilizzato invece dei rispettivi tassi di ospedalizzazione, rende immediatamente evidente per ogni regione l'impatto delle azioni attuate in termini di numero di ricoveri "risparmiati".

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale dei due parametri considerati fornisce una misura di riferimento che tuttavia, come già detto, è influenzata da diverse altre variabili (tasso di ospedalizzazione, utilizzo dei servizi ambulatoriali extradegenza). Per il confronto temporale si ipotizza un valore di riferimento caratterizzato da una riduzione dei ricoveri complessivi e da un aumento o una sostanziale stabilità della percentuale di Day Hospital.

Descrizione dei risultati

Ogni regione ha dovuto promuovere strategie di intervento ed azioni che, sebbene coerenti con le indicazioni del DPCM, fossero innanzitutto compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Le soglie di ammissibilità in ricovero ordinario stabilite a livello regionale sono state pertanto individuate con criteri e modalità differenti che devono indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà. Il confronto 2003 – 2004 relativo a tutti i ricoveri attribuiti ai DRG medici a rischio di inappropriatelyzza dimostra che le indicazioni poste dal DPCM 9/11/2001 sono state in larga massima rispettate (tabella 1 e grafici 1 – 2). A livello nazionale il numero complessivo dei ricoveri si riduce del 5,1% con un diverso, ma positivo contributo di tutte le

regioni, tranne che l'Abruzzo, la Campania e la Sardegna che registrano significativi incrementi. È di segno positivo, anche se meno accentuato, l'andamento nazionale della percentuale di Day Hospital che, con un'ampia variabilità regionale, cresce del 2,9% e si attesta sul 40% del totale dei ricoveri. I valori della percentuale di Day Hospital del 2004 presentano un range molto ampio (16,5% del Friuli Venezia Giulia – 56,1% della Liguria) ed una distribuzione non omogenea intorno alla media. Quindici regioni registrano valori più bassi del riferimento nazionale mentre soltanto per sei si osservano valori superiori (Piemonte, Liguria, Lazio, Campania, Basilicata e Sicilia).

L'analisi congiunta dei risultati relativi all'andamento complessivo dei ricoveri e della percentuale di questi effettuata in Day Hospital mostra quattro situazioni che riassumono significati molto diversi (grafico 2):

- 1) Significativa riduzione dei ricoveri complessivi in presenza di aumento o di stabilità della percentuale di trasferimento in Day Hospital, denota l'adozione di efficaci misure correttive del fenomeno dell'inappropriatezza. Sono comprese in questo gruppo 10 regioni (Lombardia, Bolzano, Trento, Veneto, Liguria, Toscana, Molise, Puglia, Basilicata e Calabria) che presentano comunque situazioni di partenza e livelli di performance molto differenziati.
- 2) Aumento dei ricoveri, combinato con una riduzione della percentuale di trasferimento in Day Hospital, denota situazioni anomale ed un utilizzo improprio del regime di ricovero ordinario. In questa situazione si trova solo la Sardegna che presenta inoltre una percentuale di trasferimento in Day Hospital inferiore alla media nazionale.
- 3) Aumento complessivo dei ricoveri o forte riduzione del

dato medio nazionale, associato ad incremento dell'attività relativa del Day Hospital, denota un sovrautilizzato delle strutture di ricovero, sia in regime ordinario che diurno, e/o una scarsa offerta o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Abruzzo, Lazio e Campania registrano un andamento in tal senso che si accompagna, per tutte, ad un elevato tasso di ospedalizzazione generale e per le ultime due anche ad una percentuale di ricoveri in DH superiore al valore di riferimento nazionale.

4) Sensibile riduzione dei ricoveri accompagnata da una contestuale riduzione della percentuale di trasferimento in Day Hospital può indicare l'adozione di efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri attraverso l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi sul tipo del Day Service.

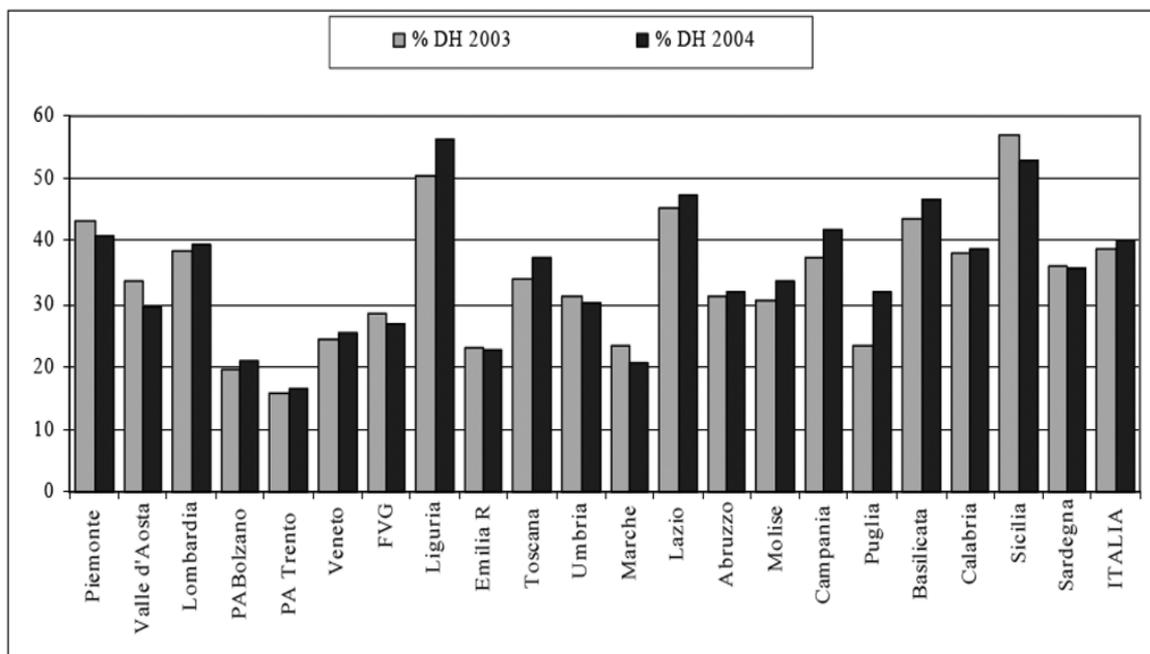
Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Marche e Sicilia mostrano una simile tendenza che si coniuga con percentuali di ricovero in DH molto inferiori alla media nazionale e con bassi tassi di ospedalizzazione generale (fa eccezione la Sicilia che, sebbene mostri un trend positivo, continua ad avere un eccesso di ospedalizzazione ed una elevata ed anomala percentuale di DH). È evidente che in queste regioni l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriatezza è stata giocata sia sul fronte del ricovero ordinario che del ricovero diurno facendo leva sul livello di offerta, su elevate performance e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali. Purtroppo il vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale costituisce un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni intraprese in queste realtà.

Tabella 1 - Ricoveri e percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anni 2003-2004

Regioni	Totale ricoveri			% Casi DH		
	2003	2004	Variazione %	2003	2004	Variazione %
Piemonte	56.713	52.005	-5,1	43,1	40,9	-5,1
Valle d'Aosta	1.207	1.052	-12,8	33,7	29,5	-12,6
Lombardia	207.729	201.948	-2,8	38,4	39,6	3,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>15.207</i>	<i>14.212</i>	<i>-6,5</i>	<i>19,5</i>	<i>20,8</i>	<i>6,6</i>
<i>Trento</i>	<i>6.101</i>	<i>5.767</i>	<i>-5,5</i>	<i>15,9</i>	<i>16,5</i>	<i>4,0</i>
Veneto	76.532	71.805	-6,2	24,2	25,3	4,4
Friuli Venezia Giulia	14.703	13.593	-7,5	28,5	26,8	-6,0
Liguria	53.054	51.042	-3,8	50,3	56,1	11,5
Emilia Romagna	65.685	59.934	-8,8	23,1	22,6	-2,0
Toscana	58.147	51.866	-10,8	34,1	37,4	9,8
Umbria	20.712	18.812	-9,2	31,3	30,1	-3,8
Marche	21.728	19.732	-9,2	23,4	20,5	-12,2
Lazio	174.070	173.762	-0,2	45,1	47,4	5,0
Abruzzo	54.346	55.451	2,0	31,2	32,0	2,5
Molise	12.529	11.997	-4,2	30,6	33,6	9,9
Campania	188.930	195.516	3,5	37,5	41,7	11,1
Puglia	121.174	115.713	-4,5	23,2	31,9	37,7
Basilicata	17.130	15.843	-7,5	43,7	46,7	6,8
Calabria	72.375	66.631	-7,9	37,9	38,9	2,6
Sicilia	252.113	213.115	-15,5	56,9	52,8	-7,2
Sardegna	57.940	59.987	3,5	35,9	35,7	-0,5
Italia	1.548.125	1.469.783	-5,1	38,9	40,0	2,9

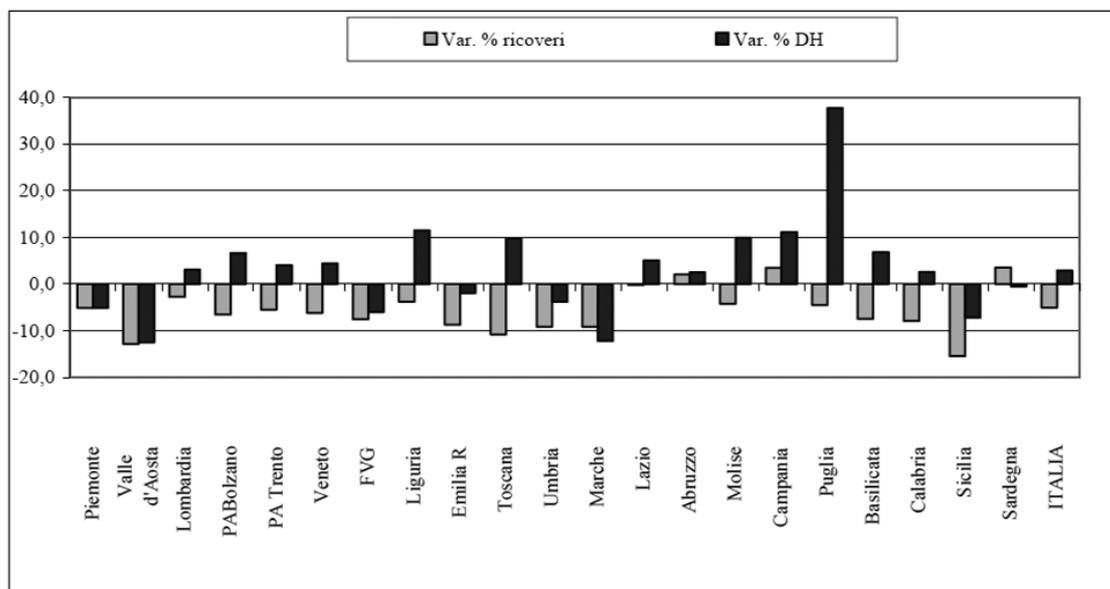
Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2003-2004. Anno 2006.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anni 2003-2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Grafico 2 - Differenza % dei ricoveri totali e in Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anni 2003-2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi svolta conferma che a distanza di tre anni dall'emanazione del DPCM 9/11/2001 le indicazioni ivi contenute sono state in larga massima rispettate e che il trend generale rilevato rispecchia abbastanza fedelmente le indicazioni della programmazione nazionale. Si può peraltro prevedere che il consolidamento delle azioni avviate nelle diverse realtà regionali possa produrre in prospettiva ulteriori risultati positivi, fino a ridurre in modo significativo le consistenti differenze rilevate tra le diverse aree del paese. A tale riguardo le raccomandazioni poste in passato da Osservasalute (vedi Rapporto Osservasalute 2005) al fine di perseguire un effettivo miglioramento del setting assistenziale per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza sono ancora attuali e mantengono intera la loro validità, specie per quelle situazioni limite che nel frattempo non hanno ancora avviato o messo a regime efficaci azioni correttive.

Occorre pertanto continuare a promuovere azioni mirate alla riduzione della domanda di ricovero ed al progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in Day Hospital e nella rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali, senza trascurare l'esigenza di disporre di maggiori informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi ambulatoriali al fine di valutare compiutamente alcuni importanti determinanti dell'inappropriatazza dei ricoveri.

Rispetto a questo ultimo aspetto il confronto dei dati 2003 - 2004 conferma che ad un numero sempre maggiore di regioni non sembra logico perseguire ancora l'obiettivo di trasferire attività di ricovero ordinario in DH e di incrementare la quota di ricovero in tale sede. Infatti, avendo già agito sulla domanda e sulla struttura dell'offerta, tali realtà registrano tassi di ospedali-

zazione molto bassi, costanti decrementi dell'attività di DH per i DRG considerati e sembrano avere aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici, anche per prestazioni di una certa complessità, il livello di assistenza distrettuale. Tali nuove evidenze suggeriscono l'utilità di rimodulare le ipotesi di analisi e di programmazione.

In termini di analisi, oltre ai parametri studiati e per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno considerare anche il tasso di ospedalizzazione al netto dei ricoveri di 1 giorno in DO e DH, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare anche solo localmente rilevazioni omogenee sulle tipologie di attività di diagnostica ambulatoriale che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatazza dei ricoveri.

In termini di programmazione occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato Regioni che abbassa a 180 per 1000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale e che sia valutata l'opportunità che in tutte le regioni il DH medico sia sempre più sostituito da modelli di organizzazione dell'assistenza ambulatoriale del tipo Day Service, quale livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato rispetto al ricovero. In una prospettiva di progressiva deospedalizzazione di alcune patologie, con la garanzia di adeguate condizioni organizzative, potrebbe peraltro essere opportuno prevedere riduzioni tariffarie per le prestazioni erogate in regime di Day Hospital medico, in modo da incentivare il ricorso a modelli di erogazione meno onerosi ed altrettanto efficaci riguardo la qualità dell'assistenza erogata.

Ricoveri di un giorno per DRG medici

Significato. I ricoveri ordinari con degenza di un solo giorno rappresentano un importante aspetto dell'inappropriato uso dell'ospedale. Nella maggioranza dei casi i ricoveri che si concludono entro le 24 ore sono espressione di imperfette valutazioni cliniche, di anomalie organizzative o di modelli assistenziali ancora troppo centrati sulla rete dei servizi ospedalieri piuttosto che su quella dei servizi

territoriali alternativi al ricovero. La percentuale di ricoveri medici di un giorno è un indicatore di processo che consente di orientare l'analisi dell'appropriato uso della degenza ordinaria sia che il fenomeno riguardi la gestione degli accessi urgenti avviati al ricovero dal Pronto Soccorso sia la correttezza delle indicazioni poste per i ricoveri programmati di tipo internistico.

Percentuale di ricoveri di un giorno per DRG medici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Dimissioni ospedaliere in regime ordinario con 1 solo giorno di degenza con DRG medico*
Dimissioni ospedaliere con DRG medico

**in degenza ordinaria*

Validità e limiti. L'indicatore considera insieme sia i ricoveri urgenti che i ricoveri programmati con un solo giorno di degenza. Ai primi vanno ascritti casi che per vari motivi hanno ricevuto un'insufficiente valutazione clinica all'atto dell'accettazione in Pronto Soccorso e casi per i quali il ricorso ai servizi di urgenza si rende necessario per carenze nell'offerta o nell'accesso ai servizi erogati dai Medici di Medicina Generale o presso i poli diagnostici e/o terapeutici extraospedalieri. Questa ultima condizione e le liste di attesa per indagini diagnostiche complesse rappresentano le cause più frequenti del ricorso a ricoveri programmati che si esauriscono in una sola giornata di degenza. Dai ricoveri di un giorno sono esclusi quelli relativi ai pazienti deceduti ed ai trasferiti in altri ospedali per il proseguimento delle cure in quanto si presume che entrambe le situazioni esprimano condizioni assistenziali particolari, non direttamente correlate ai modelli organizzativi adottati per contrastare il fenomeno dell'appropriatezza dei ricoveri. Sono invece compresi i ricoveri di un solo giorno effettuati nelle strutture di degenza che svolgono funzioni di Medicina d'urgenza o Astanteria e pertanto occorre tenere conto di questo limite nell'interpretazione e nella valutazione dei dati, in specie per le regioni che non hanno ancora avviato funzioni del tipo dell'Osservazione Breve presso i servizi di Pronto Soccorso.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per individuare le migliori performance. Il valore medio delle cinque regioni con i valori più bassi di ricoveri medici di un giorno (7,6 %) fornisce una misura concreta dei potenziali margini di miglioramento.

Descrizione dei risultati

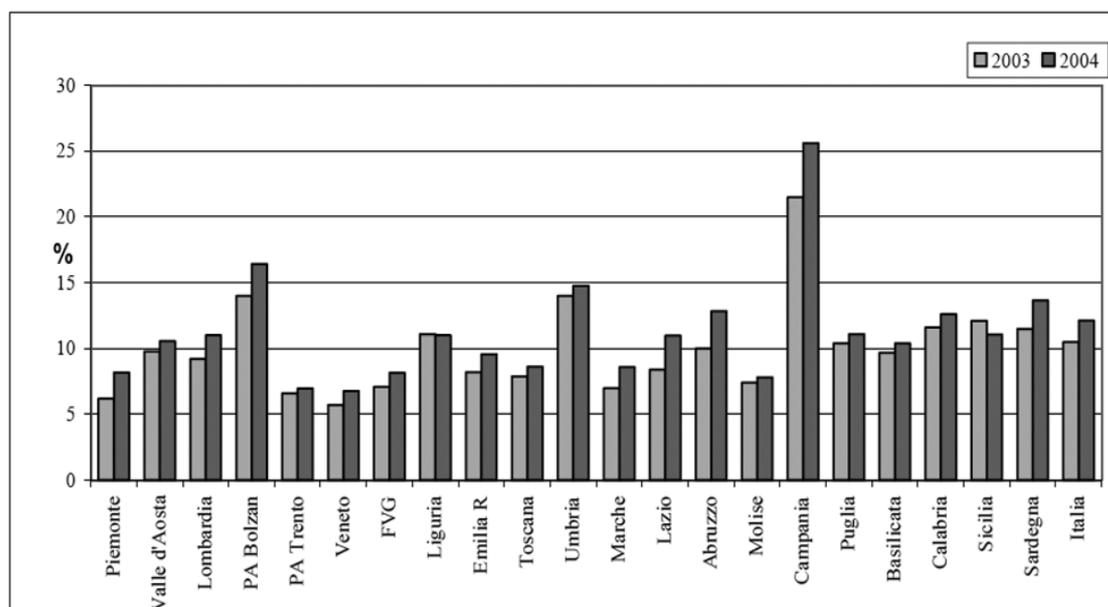
A livello nazionale i ricoveri medici di un giorno effettuati nel 2004 in degenza ordinaria sono oltre 586 mila, il 12,1 % del totale dei ricoveri di tipo internistico (oltre 600 mila e 10,5% nel 2003). Il confronto degli ultimi due anni

mostra una modesta riduzione del numero assoluto dei ricoveri di un giorno (circa 20.000 ricoveri, pari al 3,3%) e un consistente incremento della quota relativa (+15,2%). In pratica la forte contrazione dei ricoveri internistici in regime ordinario, diretta conseguenza delle azioni avviate per migliorare l'appropriatezza organizzativa attraverso la scelta di setting assistenziali alternativi, non ha interessato che in minima parte i ricoveri di un solo giorno, segno che permangono pressoché invariate le condizioni che determinano tale fenomeno (tabella 1 e grafico 1). Solo 2 regioni (Sicilia e Liguria) hanno ottenuto nel 2004 percentuali di ricovero di un giorno appena migliori dell'anno precedente mentre tutte le altre, anche se in diversa misura, hanno peggiorato le proprie performance. Persistono rilevanti differenze regionali e una accentuata variabilità (il range è compreso tra il 6,8% del Veneto e il 25,6% della Campania). Sei regioni (Bolzano, Umbria, Abruzzo, Calabria, Campania e Sardegna) presentano percentuali di ricoveri medici di un giorno in degenza ordinaria superiori alla media nazionale. Tutte le regioni con valori dell'indicatore superiori o prossimi alla media nazionale fanno registrare (con l'eccezione dell'Umbria) anche elevati tassi di ospedalizzazione, a conferma del forte contributo fornito dai ricoveri potenzialmente inappropriati agli scostamenti rilevati per tale importante parametro della programmazione ospedaliera soprattutto nelle regioni del Sud. Il dato della Campania è emblematico e dovrebbe essere ulteriormente indagato in quanto registra un peggioramento sia nel numero assoluto che nella quota relativa. In questa regione nel 2004 più di un ricovero di tipo internistico ogni quattro, si conclude con una degenza di un solo giorno e sarebbe importante comprendere se tale eccesso di ospedalizzazione impropria sia da ascrivere ad una insufficiente azione di filtro dei servizi di urgenza, ad un improprio utilizzo della degenza ordinaria per eseguire accertamenti ed attività assistenziali proprie del livello ambulatoriale distrettuale e del Day Hospital, o ad entrambi i fattori.

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere in regime ordinario con DRG medico con un solo giorno di degenza per regione - Anni 2003-2004

Regioni	2003		2004	
	Ricoveri 0-1 giorno	%	Ricoveri 0-1 giorno	%
Piemonte	18.736	6,2	19.409	8,2
Valle d'Aosta	1.005	9,8	827	10,6
Lombardia	74.943	9,2	76.156	11,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>8.195</i>	<i>14,0</i>	<i>7.767</i>	<i>16,4</i>
<i>Trento</i>	<i>2.818</i>	<i>6,6</i>	<i>2.280</i>	<i>7,0</i>
Veneto	23.079	5,7	21.799	6,8
Friuli-Venezia Giulia	7.060	7,1	6.512	8,2
Liguria	18.624	11,1	14.834	11,0
Emilia-Romagna	31.801	8,2	30.138	9,6
Toscana	25.982	7,9	22.981	8,6
Umbria	11.990	14,0	10.595	14,8
Marche	9.870	7,0	9.914	8,6
Lazio	45.913	8,4	52.518	11,0
Abruzzo	17.874	10,0	21.053	12,8
Molise	3.055	7,4	2.863	7,8
Campania	130.285	21,5	134.214	25,6
Puglia	50.566	10,4	44.813	11,1
Basilicata	5.514	9,7	4.925	10,4
Calabria	26.265	11,6	24.655	12,6
Sicilia	71.753	12,1	56.124	11,1
Sardegna	21.019	11,5	22.224	13,6
Italia	606.347	10,5	586.601	12,1

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2003-2004. Anno 2006.

Grafico 1 - Percentuale di dimissioni ospedaliere in regime ordinario con DRG medico con un solo giorno di degenza per regione - Anni 2003-2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'elevatissimo numero di ricoveri medici di un giorno effettuati in regime di degenza ordinaria incide in modo rilevante sul tasso di ospedalizzazione del livello nazionale (il tasso standardizzato è di 146,22 ricoveri per 1.000 abitanti nel 2004) e soprattutto di quelle regioni che presentano entrambi tali parametri superiori ai valori di riferimento (Provincia Autonoma di Bolzano, Abruzzo, Campania, Calabria e Sardegna). Contrastare tale aspetto dell'inappropriato uso della degenza ordinaria, oltre che contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione entro il limite complessivo di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalle recenti linee di programmazione nazionale, può consentire, senza modificare nella sostanza i livelli delle prestazioni e quelli assistenziali assicurati ai cittadini, un migliore utilizzo delle risorse disponibili e la valorizzazione del ruolo dell'ospedale come luogo deputato a fornire risposte assistenziali a problemi di salute complessi caratterizzati da acuzie e gravità.

Il fenomeno descritto è certamente dipendente dal comportamento dei clinici, ma quasi sempre concor-

rono caratteristiche non fisiologiche del contesto organizzativo di riferimento, anomalie del sistema dell'offerta di servizi e spesso anche politiche tariffarie regionali che non favoriscono i comportamenti virtuosi e/o penalizzano in modo insufficiente l'inappropriato uso della degenza ordinaria. La correzione di queste anomalie impone alle regioni di attuare specifici sistemi di monitoraggio e di promuovere ulteriormente, in coerenza con le indicazioni del DPR 29 novembre 2001 sui LEA, programmi finalizzati agli obiettivi di appropriatezza, allo sviluppo della rete dei servizi territoriali e alla loro effettiva integrazione con il livello ospedaliero.

In ultimo, per contrastare i comportamenti anomali nonché l'artificiosa induzione della domanda, non devono essere sottovalutati i benefici che deriverebbero dalla definizione, con il coinvolgimento dei clinici, di adeguati percorsi diagnostico terapeutici per le patologie di base a più ampia diffusione e, nei casi limite, dall'eventuale introduzione di forti disincentivi economici per le strutture che presentano valori oltre soglie definite.

La mobilità ospedaliera per chemioterapia

Dott. Gabriele Messina, Dott.ssa Lucia Lispi, Dott. Nicola Vigiani, Prof. Nicola Nante

Contesto

L'analisi della mobilità sanitaria è ormai uno strumento consolidato per la valutazione della percezione che i cittadini hanno dei presidi di ricovero: i pazienti spostandosi "giudicano" i nosocomi ed i servizi sanitari; da qui l'espressione coniata da Tiebout "i pazienti votano con i piedi" (Tiebout, 1956).

L'utilità degli studi sulla mobilità dei pazienti diviene ancor più evidente ai fini di una corretta programmazione sanitaria quando vengono presi in esame gli spostamenti per singole patologie o gruppi di esse, in modo da "individuare" le carenze qualitative e quantitative in aree specifiche.

In questo modo, attraverso l'analisi dei flussi per una patologia di facile trattamento o tanto acuta da non lasciare tempo al paziente di scegliere il luogo di cura, è anche quantificabile la quota di "mobilità fisiologica" (Balzi et al., 2003), legata a meri fattori logistici. Al contrario, l'analisi di patologie più gravi o croniche permette di stimare la quota di mobilità effettivamente motivata da una precisa scelta dei pazienti.

Come paradigma di questo secondo gruppo è stato deciso di analizzare la mobilità correlata a trattamenti chemioterapici. Sebbene questi ultimi siano per lo più protocollati, e pertanto seguano il medesimo schema indipendentemente dal luogo di cura, essi rappresentano, per le speranze che in essi ripongono i pazienti, un tipico caso in cui fattori quali la reputazione della struttura, i contatti del curante con l'ospedale di ricovero e la lunghezza delle liste di attesa possono influenzare la scelta del luogo di cura e spingere i pazienti a lasciare la propria regione di residenza (Nante et al. 2003). Questo tratto caratteristico ha fatto sì che per le migrazioni dei pazienti neoplastici si parli spesso, sia sulla stampa periodica che in pubblicazioni scientifiche, di veri e propri "viaggi della speranza" (Crotti, 1992).

Metodi

I dati utilizzati sono tratti dalla Banca dati SDO del Ministero della Salute, ricoveri in regime di Day Hospital, anno 2003.

Per la rappresentazione grafica del fenomeno abbiamo utilizzato il *Nomogramma di Gandy* (Gandy, 1979). Esso rappresenta graficamente, in modo sintetico, l'utilizzo delle strutture ospedaliere di una regione in funzione della provenienza dei pazienti in esse ricoverate:

$$X = \frac{\text{Ricoveri residenti (Rr)}}{\text{Ricoveri residenti (Rr)} + \text{Ricoveri di non residenti (A)}} \times 100$$

$$Y = \frac{\text{Ricoveri residenti (Rr)}}{\text{Ricoveri residenti (Rr)} + \text{Ricoveri di residenti in altra regione (F)}} \times 100$$

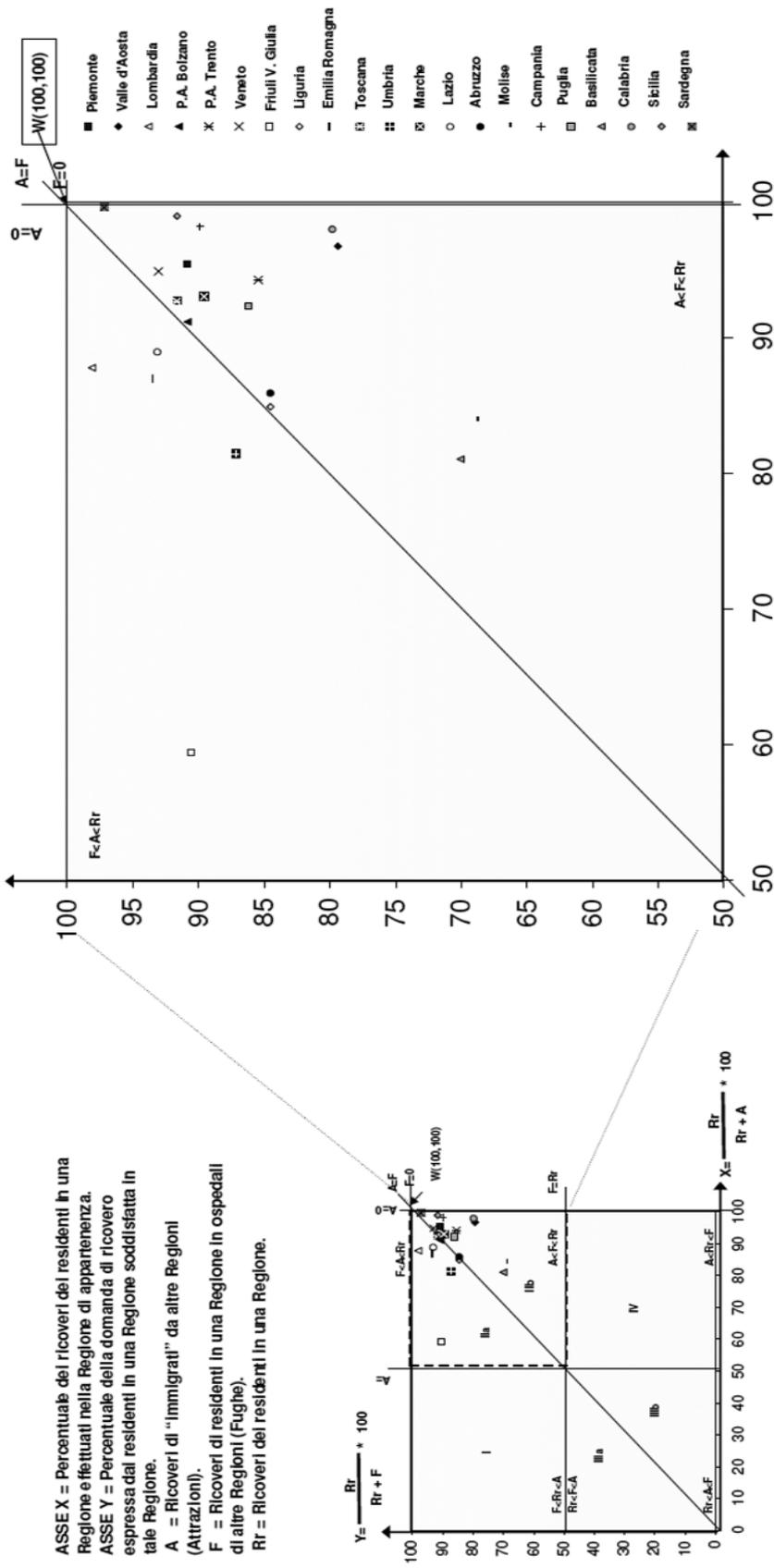
Il nomogramma (grafico 1) è un'area quadrata di lato 100, nella quale una bisettrice determina due triangoli: in quello con base superiore sono incluse le condizioni in cui il numero di attrazioni è maggiore di quello delle fughe, condizione opposta si ha in quello con base inferiore. Nel *Nomogramma di Gandy* sull'asse delle ascisse è rappresentata la percentuale dei ricoveri di residenti sul totale di quelli effettuati in una regione, mentre sulle ordinate è rappresentata la percentuale dei residenti ricoverati nella propria regione sul totale dei ricoveri dei residenti, ovunque avvenuti, nello stesso periodo. Tanto più una regione si colloca in alto, tanto più essa soddisfa "in loco" la domanda della propria popolazione e, tanto più una regione si colloca a sinistra, tanto più è alta la percentuale di pazienti attratti da altre regioni. Quando le percentuali di pazienti "attratti" e "fuggiti" si compensano tra loro le regioni si collocano sulla bisettrice.

La posizione nel nomogramma è anche un indicatore di quanto una struttura sia stata in grado di adempiere alla propria *mission aziendale*: fermo restando che qualunque organizzazione si dovrebbe posizionare nella metà superiore del nomogramma, si posizioneranno a sinistra quelle strutture che meglio avranno saputo far crescere la propria competitività, mentre a destra si posizioneranno quelle strutture che si saranno poste come fine unicamente il soddisfacimento dei bisogni dei propri residenti.

Descrizione dei risultati e discussione

Tutte le regioni italiane soddisfano per lo più la maggior parte della domanda di trattamenti chemioterapici espressa dai loro residenti al loro interno, infatti tutte le regioni si collocano nel quadrante superiore destro del nomogramma (grafico 1).

Grafico 1 - La mobilità ospedaliera per chemioterapia. Nomogramma di Gandy - Anno 2003



È però evidente come le regioni si distribuiscano in maniera piuttosto disomogenea. Si evidenziano, a livello generale, due macro aree: le regioni meridionali, dove generalmente si riscontrano un alto numero di fughe ed un basso numero di attrazioni, e quelle settentrionali, in cui i due valori tendenzialmente si equivalgono o prevalgono gli arrivi (tabella 1).

Tabella 1 - Ricoveri per chemioterapia – Anno 2003

Regioni	Ricoveri di residenti (RR)	Ricoveri di non residenti (A)	Residenti ricoverati in altre regioni (E)	% fughe F/(RR+F)	% attrazioni A/(RR+A)
Piemonte	22.385	1.070	2.252	9,1	4,6
Valle d'Aosta	358	12	93	20,6	0,6
Lombardia	65.916	9.168	1.261	1,9	12,2
Bolzano-Bozen	1.415	137	143	9,2	0,1
Trento	1.957	119	333	14,5	5,7
Veneto	29.040	1.562	2.169	6,9	5,0
Friuli-Venezia Giulia	2.789	1.906	291	9,4	40,6
Liguria	5.978	1.063	1.095	15,5	15,1
Emilia-Romagna	23.103	3.461	1.605	6,5	13,0
Toscana	15.162	1.196	1.379	8,3	7,2
Umbria	2.953	673	434	12,8	18,4
Marche	6.668	498	776	10,4	6,9
Lazio	28.024	3.480	2.071	6,9	11,0
Abruzzo	6.084	996	1.113	15,5	13,8
Molise	1.287	247	585	31,3	16,1
Campania	33.709	622	3.789	10,1	1,6
Puglia	16.430	1.366	2.620	13,8	7,6
Basilicata	2.241	524	958	29,3	18,0
Calabria	9.943	202	2.517	20,2	1,1
Sicilia	29.554	305	2.698	8,4	1,0
Sardegna	17.083	68	493	2,8	0,4

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute-SDO. Anno 2004.

Questa condizione ricalca in maniera piuttosto fedele quanto emerge anche considerando i ricoveri avvenuti in Italia nello stesso periodo per ogni causa (Nante 2005).

I valori più elevati nelle percentuali di fughe si registrano in Basilicata ed in Molise, dove circa un terzo dei pazienti si ricovera fuori regione. Anche in Calabria e in Valle d'Aosta la percentuale di abbandoni è elevata: a ricoverarsi altrove sono più del 20% dei pazienti. Al contrario, valori più bassi di fughe, si registrano in Lombardia e in Sardegna.

Il Friuli fa registrare il valore più alto in percentuale di attrazioni, sebbene il numero maggiore di arrivi si registri in Lombardia.

Il saldo attivo più elevato tra ricoveri di non residenti e pazienti che abbandonano la regione si ha in percentuale in Friuli-Venezia Giulia mentre in valore assoluto è appannaggio della Lombardia.

Il saldo negativo più elevato sia ha in termini percentuali in Valle d'Aosta e Calabria, mentre in termini assoluti si registra in Campania.

Come sempre accade, utilizzando le percentuali, l'aver espresso attrazioni e fughe in questi termini fa sì che si possano generare valori simili partendo da numeri assoluti assai diversi. Infine, non sono stati compresi in questa trattazione i ricoveri di pazienti italiani effettuati all'estero poiché non disponibili mentre è possibile che ci sia una sovrastima di attrazioni, soprattutto nelle regioni di confine del nord Italia, dovute a ricoveri di stranieri.

Commenti

Gli spostamenti per sottoporsi a chemioterapia assumono un particolare rilievo dal momento che i pazienti ripongono in essa grandi speranze e che i mezzi di informazione trattano frequentemente l'argomento. Se è vero che questi ultimi influenzano la percezione della qualità delle strutture "pubblicizzate", che a sua volta genera flussi di pazienti, è altrettanto vero che la delicatezza della patologia neoplastica determina un impatto emotivo, che prevarica l'effettiva qualità degli ospedali.

Per poter interpretare correttamente i dati proposti è inoltre utile sottolineare come spesso siano situazioni contingenti a influenzare la mobilità. Ad esempio, nelle regioni più piccole, la mobilità è influenzata dal fatto che in esse, centri specialistici (come quelli cui spesso è deputata la cura di alcune patologie oncologiche), non sarebbero sfruttati in maniera ottimale e che per questo motivo tali regioni necessariamente si debbano appog-

giare a strutture di regioni confinanti, con le quali esistano delle convenzioni.

Anche la posizione geografica può influenzare la mobilità sanitaria: dopo la Lombardia i tassi di fuga più bassi sono stati fatti registrare dalla Sardegna, in cui però è minimo anche il numero delle attrazioni, probabilmente tale condizione è determinata dallo stato insulare che non agevola gli spostamenti né in entrata né in uscita. In Lombardia invece, accanto ad un valore di fughe ridotto, si ha anche un numero di attrazioni molto elevato, e questo potrebbe essere il segnale della fiducia che i pazienti ripongono nelle strutture lombarde per il trattamento chemioterapico delle neoplasie.

L'aver considerato solo gli spostamenti per ricoveri in regime di Day Hospital, rende i risultati ancora più significativi: decidere infatti di spostarsi lontano dalla propria residenza per un ricovero di breve durata aggrava il disagio connesso allo spostamento, e fa pensare che dietro alla scelta di muoversi ci sia una forte motivazione, legata ad un altrettanto forte gap tra la qualità percepita delle strutture della regione di partenza e quella della regione di arrivo.

Riferimenti bibliografici

Tiebout, C. A Pure Theory of Local Public Expenditures *Journal of Political Economy*, 64: 416-24, 1956.

Gandy, R., A graphical representation of the inter-relationship between districts., London: Hospital and Health Services Review, Feb;75(2):50-1, 1979.

Nante N., R.G., Al Farraj O., Morgagni S., Siliquini R., Moirano F., Messina G., Sassi F., Hospital patient migration: analysis using an utility index, in *Public Health in Europe. 10 Years EUPHA*, W. K., Editor., Ed. Springer-Verlag GmbH & Co.KG: Berlin. p. 293-316, 2003.

Balzi D., Geddes M., Lispi L., La "migrazione sanitaria" per tumore della mammella fra le regioni italiane. Ministero della Salute. 2002.

Crotti, N., I viaggi della speranza. *Salute e Territorio*, 80: p. 31-33. 1992.

Nante, N., et al., Studio della mobilità sanitaria, in *Rapporto Osservasalute 2005*, G. Ricciardi and P. Folino-Gallo, Editors., Università Cattolica del Sacro Cuore: Roma. p. 353-356. 2005.

La qualità percepita dagli utenti dei servizi ospedalieri

Dott. Luigi Minerba, Dott.ssa Debora Tronu, Dott.ssa Daniela Vacca

Contesto

Nel corso degli ultimi anni, caratterizzati da profondi cambiamenti del Sistema Sanitario Nazionale, si è assistito ad una radicale modificazione del rapporto tra cittadini e servizi sanitari pubblici.

In particolare, la “soddisfazione dell’utente-cliente”, sulla base del DL 502/92 (in particolare l’art.14) è divenuto uno degli obiettivi strategici delle Aziende Sanitarie e la sua valutazione rappresenta un importante strumento di supporto ad un management fortemente orientato all’utente. La “*customer satisfaction*”, considerata sempre più come un vero e proprio attributo della qualità dell’assistenza, viene intesa come la strategia fondamentale su cui si basano i sistemi manageriali orientati alla “Qualità Totale”, il che significa porre il paziente al centro dell’organizzazione sanitaria e del sistema produttivo/erogativo e sottintende la volontà dell’organizzazione di anticipare le aspettative del paziente, prevenendo eventuali motivi di sua insoddisfazione.

Tali cambiamenti implicano l’utilizzo di strumenti idonei a supportare una nuova cultura dei Servizi Sanitari basata sulla conoscenza e risposta ai bisogni dei cittadini nonché sul soddisfacimento delle loro aspettative.

Rispetto al contesto europeo non c’è consenso sulla definizione di qualità e sul come essa debba essere misurata, sia nei sistemi sanitari nel loro complesso che nell’assistenza sanitaria prestata alle comunità o ai singoli. Culture diverse hanno diversi valori e priorità; per alcuni “buona qualità” significa la fornitura di personale e servizi, per altri equità e umanizzazione, per altri ancora esiti clinici ottimali. Sulla base di indicazioni proposte da un gruppo di autori nell’OMS/HQ nel 2001, la qualità dei sistemi sanitari è definita come “il livello di realizzazione degli obiettivi intrinseci dei rispettivi sistemi sanitari per il miglioramento della salute e la risposta alle legittime aspettative della popolazione”. Esiste invece una sufficiente convergenza di opinioni sulla scelta dei soggetti deputati alla valutazione della qualità, rappresentati dai maggiori “stakeholders”, ovvero da chi usufruisce dei servizi, da chi li paga, dai politici e dai managers. Gli elementi più comunemente quotati di un sistema sanitario “buono” fanno riferimento all’adattamento di Donabedian del processo di input-process-output che comprende, tra gli indicatori di esito, la “soddisfazione” delle aspettative degli utenti.

In Italia una prima indicazione di carattere metodologico circa gli strumenti per la valutazione della soddisfazione dei cittadini, ma anche del risultato dell’intervento sanitario così come percepito dall’utente, è contenuta nel DPCM del 1994 nota come “Carta dei Servizi” che indica in dettaglio i criteri, i principi, le metodologie più adeguate per regolare i rapporti tra cittadini-utenti e le Aziende Sanitarie, di recente ripresa dalla Direttiva del Ministro per la Funzione Pubblica del 05-04-2004. Tale Direttiva con lo scopo di promuovere, diffondere e sviluppare la qualità nei servizi pubblici, invita le Amministrazioni Pubbliche a dotarsi di “metodi di rilevazione sistematica della qualità percepita dai cittadini, basati sull’ascolto e sulla partecipazione, finalizzati a progettare sistemi di erogazione dei servizi tarati sui bisogni effettivi dei cittadini”.

Sul versante della programmazione sanitaria si ricorda che il Piano sanitario 1998-2000 si poneva l’obiettivo di ridisegnare il Sistema Informativo Sanitario per renderlo più efficiente ed efficace rispetto alle esigenze di governo del Ssn e ai suoi doveri di trasparenza nei confronti dei cittadini, orientandolo al risultato finale del servizio sanitario, in termini di stato di salute, qualità della vita e di soddisfazione dei pazienti. Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 poneva come obiettivo importante da perseguire nell’ambito del diritto alla salute la qualità dell’assistenza sanitaria, affermando che “è la cultura della qualità che rende efficace il sistema, consentendo di attuare un miglioramento continuo, guidato dai bisogni dell’utente” e “riguarda un insieme di aspetti del servizio, che comprendono sia la dimensione tecnica, che quella umana, economica e clinica delle cure” e “per l’aspetto umano, è opportuno che venga misurata anche la qualità percepita da parte dei pazienti, che rappresenta un importante indicatore della soddisfazione dell’utente”. La qualità nel Servizio Sanitario Nazionale rappresenta un elemento strategico importante anche nel Piano sanitario Nazionale 2006-2008, prevedendo azioni con il coinvolgimento dei cittadini nei progetti di miglioramento ed opportune indagini su percezione, priorità, gradimento e soddisfazione.

Diverse sono le regioni, impegnate nel migliorare la qualità dell’assistenza sanitaria erogata, che hanno sperimentato azioni finalizzate alla rilevazione della soddisfazioni dell’utenza, attivando flussi informativi, anche obbligatori e permanenti per tutte le strutture accreditate, spesso impiegati successivamente come base per realizzare indagini più specifiche.

Metodi

Una fondamentale fonte statistica per l’analisi secondaria è rappresentata dal sistema di indagini multiscopo sulle famiglie che, a partire dal dicembre del 1993 viene realizzata dall’Istat, per rispondere alla crescente

domanda di informazione in campo sociale. Il sistema restituisce un'ampia base di dati grazie alla quale è possibile costruire un vasto set di variabili soggettive utili per l'analisi di diverse dimensioni sociali.

Il punto di forza di questa fonte, risiede nella solidità dell'impianto d'indagine e nella soddisfacente qualità del dato raccolto. Rispetto alle esigenze contingenti, questi requisiti consentono un'affidabile confrontabilità spaziale e temporale delle informazioni.

L'analisi dei dati presentata in questo approfondimento è stata condotta sui microdati dell'*Indagine Multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana del 2003* che rileva i comportamenti e gli aspetti fondamentali della vita quotidiana della popolazione nonché il livello di soddisfazione dei cittadini rispetto al funzionamento dei *servizi di pubblica utilità*. Si tratta di una rilevazione campionaria, inserita nel Programma Statistico Nazionale, condotta su tutto il territorio nazionale, su un campione di quasi 21.000 famiglie, corrispondenti a circa 54.000 individui, distribuiti in 809 comuni.

La strategia di campionamento è di tipo complesso con due differenti schemi. Per i comuni di maggiore dimensione demografica (Auto rappresentativi) si adotta un disegno di campionamento a grappoli, in cui le unità primarie sono le famiglie delle quali si intervistano tutti i componenti di fatto. Per gli altri comuni si adotta un disegno a due stadi con stratificazione delle unità primarie (comuni).

L'unità di rilevazione è costituita dalla famiglia di fatto, ossia un insieme di persone coabitanti legati da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi.

Dall'indagine scaturisce un'informazione differenziata raggruppabile in diverse macro aree tematiche.

Il tema di interesse del presente lavoro si riferisce all'analisi del set di indicatori che monitora la complessa interazione tra i cittadini ed i servizi di pubblica utilità. Le variabili analizzate riguardano l'*utilizzo* e la *soddisfazione* dei servizi sanitari con particolare riferimento a quelli ospedalieri.

La ricerca fornisce, anche dal lato della domanda, informazioni non desumibili da fonti di registro. Quella relativa ai servizi ospedalieri consente di integrare i dati amministrativi con le caratteristiche degli utilizzatori e con i loro giudizi sulla qualità dei vari aspetti del ricovero.

Più in dettaglio, i dati utilizzati misurano il grado di soddisfazione dell'assistenza medica ed infermieristica ricevuta durante il ricovero sperimentato almeno una volta nei tre mesi precedenti l'intervista (nel 2003 il 28,2 per 1.000 intervistati residenti nella fascia di età 18-69 anni), nonché la qualità delle prestazioni alberghiere ricevute, come il vitto ed i servizi.

Nella scelta della popolazione oggetto di studio ha assunto un ruolo determinante la valutazione a priori degli errori non campionari connessi alla rilevazione.

L'elevato ricorso alle risposte proxy nelle fasce di età più giovani (69,5% nella fascia 0-14), e quindi la debole indicazione che può desumersi per un approfondimento sulla soddisfazione, ha incoraggiato la loro esclusione dalla popolazione d'interesse. Si può propriamente infatti parlare di soddisfazione solo nei casi in cui chi formula un giudizio abbia concretamente sperimentato l'utilizzo di un servizio, mettendosi in grado di esprimerlo compiutamente sia in termini sintetici che in merito alle specifiche componenti ed aspetti (tangibili o intangibili) che determinano la valutazione del rispondente.

Per un corretta interpretazione dei risultati è inoltre fondamentale considerare e valutare gli errori associati a ciascuna stima. A questo scopo l'Istat mette a disposizione degli utilizzatori dei dati la metodologia per il calcolo degli errori campionari e gli strumenti per la loro determinazione puntuale.

Le stime della proporzione di persone *molto soddisfatte* e *abbastanza soddisfatte* presentate in questa sede risentono, a livello nazionale, di un errore relativo percentuale che oscilla fra il 3,76% (valutazioni dell'"assistenza infermieristica") ed il 4,45% (risposte riguardanti il "vitto"). Nelle stime regionali il valore minimo dell'errore, pari a 10,90%, si osserva per l'"assistenza medica" in Lombardia, mentre il valore più elevato è uguale a 24,88 % e si registra nel "vitto" della regione Molise.

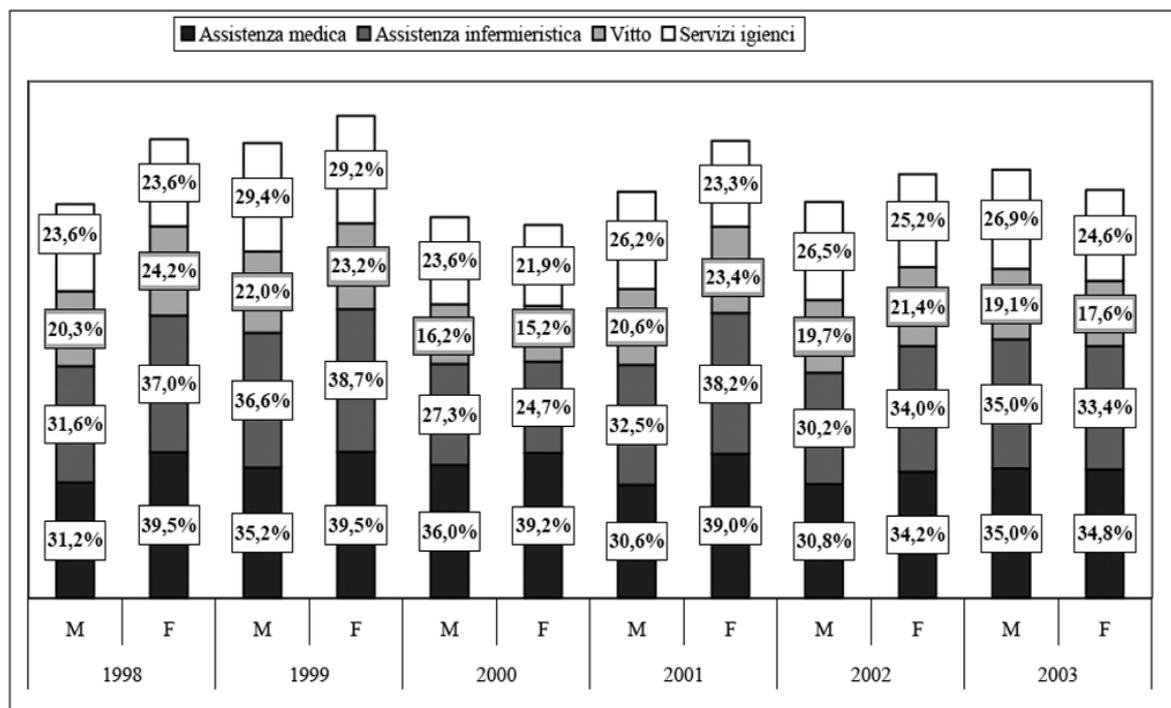
Con l'obiettivo di fornire un indicatore regionale di sintesi che non risenta in alcuna misura della diversa composizione per età della popolazione, si è deciso di procedere alla standardizzazione dei tassi specifici¹ applicando il metodo diretto o della popolazione tipo e prendendo come riferimento la popolazione residente in Italia al Censimento della popolazione del 2001.

Risultati e Discussione

Nel grafico sono riportati i quozienti, distinti per uomini e donne, per 100 ricoverati di età 18-69 anni che hanno dichiarato di essere "molto soddisfatti" rispetto ai diversi aspetti relativi all'assistenza ospedaliera (assistenza medica, infermieristica, vitto e servizi igienici), rilevati nelle indagini condotte dal 1998 al 2003.

¹La standardizzazione è stata effettuata per le seguenti classi di età: 18-24., 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 64-69.

Grafico 1 - Persone di 18-69 anni "molto soddisfatte" dell'assistenza ospedaliera per tipo di assistenza e sesso (tassi per 100 persone) - Anni 1998-2003



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat-Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

Esaminando l'andamento si osserva che l'appartenenza di genere influenza i giudizi espressi in relazione al grado di soddisfazione percepito verso l'assistenza medica ricevuta. Nell'ambito della serie temporale le donne costantemente dichiarano un livello di soddisfazione più elevato degli uomini, con l'unica eccezione dell'anno 2003, in cui si manifesta un segnale di omogeneità fra i sessi: gli uomini molto soddisfatti risultano essere il 35% e le donne il 34,8%. Per le altre dimensioni analizzate l'appartenenza di genere non risulta essere fattore discriminante.

Nelle tabelle 1 e 2 sono riportati i risultati dell'analisi relativa ai dati dell'indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana condotta dall'Istat nel 2003 con dettaglio regionale. Nel 2003 il 2,82% della popolazione residente in Italia con età compresa tra 18 e 69 anni, pari a circa 1 milioni 125mila persone (IC 95% 1.048.648 – 1.202.491), ha riferito di aver subito almeno un ricovero nei tre mesi che hanno preceduto l'intervista. La percentuale di ricovero varia tra le regioni con un minimo rilevato tra i residenti del Piemonte e del Friuli-Venezia Giulia (2,23%) ed un massimo tra i residenti in Sardegna (3,58%).

Gli aspetti del ricovero per cui i pazienti dichiarano il livello più elevato della soddisfazione (molto soddisfatti) risultano essere quelli relativi all'assistenza medica e infermieristica. Le persone molto soddisfatte dell'assistenza medica sono il 24,22% del totale e quelle molto soddisfatte dell'assistenza infermieristica pari al 23,60%. Si rileva, per contro, una percentuale meno elevata di persone molto soddisfatte della qualità del vitto (12,73%) e dei servizi igienici (17,77%). Un importante aspetto metodologico da tenere presente nel confronto spaziale dei dati, riguarda il fatto che le unità territoriali di analisi sono state costruite sulla base della residenza degli intervistati, senza prendere in considerazione la regione dove effettivamente è avvenuto il ricovero. Ne consegue che i risultati dello studio possono risentire dell'effetto della mobilità ospedaliera interregionale, della quale tuttavia non si è potuto tenere conto per mancanza, nella fonte dei dati utilizzata, di informazioni di dettaglio sul ricovero. Dall'indagine tematica sulle Condizioni di Salute e il Ricorso ai Servizi Sanitari, emerge tuttavia una contenuta diffusione di questo fenomeno, con valori, nel periodo 1999-2000, della popolazione italiana ricoverata in ospedali al di fuori della propria regione di residenza pari al 6% sul totale dei ricoverati. Si evidenzia tuttavia una diversa diffusione territoriale del fenomeno con valori minimi al Centro (4,2%) e punte massime al Meridione (9,8%)².

²Il dato non comprende la Sicilia e la Sardegna che registrano una media del 4,2%.

Tabella 1 - Persone di 18-69 anni che nei tre mesi precedenti l'intervista si dichiarano "molto" e "molto e abbastanza" soddisfatte dell'assistenza medica ed infermieristica (tassi per 100 persone) - Anno 2003

Regioni	Assistenza medica		Assistenza infermieristica	
	Molto soddisfatte	Molto e abbastanza soddisfatte	Molto soddisfatte	Molto e abbastanza soddisfatte
Piemonte	35,26	64,87	24,75	55,21
Valle d'Aosta	35,18	68,16	37,08	67,52
Lombardia	30,36	61,35	27,30	60,11
Bolzano-Bozen	38,29	69,47	41,38	63,01
Trento	39,49	60,04	52,39	66,09
Veneto	32,48	65,22	32,41	67,03
Friuli-Venezia Giulia	43,18	63,25	46,80	66,68
Liguria	26,59	60,91	25,04	69,47
Emilia-Romagna	25,20	62,10	25,52	66,06
Toscana	27,64	63,57	29,04	65,67
Umbria	10,59	58,95	15,55	54,09
Marche	28,14	62,67	30,62	64,72
Lazio	18,76	59,40	17,02	59,98
Abruzzo	21,95	55,10	31,63	61,96
Molise	16,76	63,47	16,76	60,14
Campania	20,15	58,98	19,90	51,92
Puglia	12,28	61,93	11,52	58,43
Basilicata	16,73	56,08	12,26	55,79
Calabria	28,03	67,19	24,00	59,01
Sicilia	14,19	52,39	14,85	50,99
Sardegna	13,71	49,77	17,64	51,51
Italia	24,22	60,89	23,60	59,88

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat-Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

Tabella 2 - Persone di 18-69 anni che nei tre mesi precedenti l'intervista si dichiarano "molto" e "molto e abbastanza" soddisfatte del vitto e dei servizi igienici (tassi per 100 persone) - Anno 2003

Regioni	Vitto		Servizi igienici	
	Molto soddisfatte	Molto e abbastanza soddisfatte	Molto soddisfatte	Molto e abbastanza soddisfatte
Piemonte	12,28	39,77	22,86	52,89
Valle d'Aosta	14,25	65,33	23,63	65,77
Lombardia	21,02	50,10	27,24	55,44
Bolzano-Bozen	28,42	64,40	37,10	67,08
Trento	43,02	59,37	44,03	59,82
Veneto	17,46	45,06	26,28	59,75
Friuli-Venezia Giulia	25,54	56,12	33,94	66,68
Liguria	6,90	51,09	7,06	45,06
Emilia-Romagna	12,80	45,09	19,56	50,77
Toscana	11,30	44,28	19,82	58,52
Umbria	13,23	41,40	9,55	42,57
Marche	13,43	48,60	21,03	57,03
Lazio	3,61	40,45	8,42	53,18
Abruzzo	15,12	48,00	18,59	54,48
Molise	8,88	50,77	10,51	60,00
Campania	6,22	43,41	8,47	44,83
Puglia	7,33	43,92	7,02	42,49
Basilicata	9,27	47,73	9,27	50,61
Calabria	16,26	50,56	22,98	47,20
Sicilia	8,09	38,29	10,88	42,48
Sardegna	10,33	42,71	11,01	40,73
Italia	12,73	45,35	17,77	51,75

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat-Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

La distribuzione territoriale del livello di soddisfazione (molto soddisfatti), mostra valori superiori al dato medio nazionale nelle regioni del Nord, in particolare nell'Italia Nord orientale, a svantaggio di quelle del Centro-Sud. Tuttavia, un'attenta analisi dei tassi a livello regionale evidenzia particolari scostamenti rispetto all'andamento tendenziale.

Tra le regioni del Nord, l'assistenza medica risulta particolarmente gradita ai residenti del Friuli-Venezia Giulia, in cui il 43,18% dei ricoverati dichiara il più alto livello di gradimento (molto soddisfatti). Valori più bassi si registrano in Lombardia (30,36%) ed in Veneto (32,48%). In Emilia Romagna (25,20%) ed in Liguria (26,59%) si osservano tassi molto più vicini alla media delle regioni del Centro. All'interno di tale ripartizione geografica, il dato dell'Umbria presenta la percentuale più bassa dei molto soddisfatti (10,59%), evidenziando una maggiore preferenza per la modalità di risposta "abbastanza" (48,36%). Il fatto che questa preferenza venga accordata dai rispondenti solo per l'assistenza medica e per i servizi igienici, rende particolarmente significativo il dato.

Unica punta di eccellenza, fra le regioni del Sud, si ha in Calabria con una percentuale (28,03%) superiore al dato nazionale e perfettamente in linea con i valori delle regioni del Centro.

Nell'ambito dell'assistenza infermieristica, la modalità "molto soddisfatti" mostra un andamento simile a quello dell'assistenza medica.

La Calabria presenta valori tra i più alti nella propria area geografica (24,00%) e il Friuli Venezia Giulia (46,80%) si colloca subito dopo la Provincia Autonoma di Trento.

Percentuali inferiori si registrano in Lombardia (27,30%) ed in Piemonte (24,75%), superiori nella Provincia Autonoma di Bolzano (41,38%) ed in quella di Trento (52,39%). Valori tendenzialmente più bassi si evidenziano tra le regioni del Centro, in modo particolare nel Lazio (17,02%), mentre l'Abruzzo presenta i valori più elevati (31,63%) al Sud.

Gli aspetti più prettamente materiali connessi alla qualità delle strutture ospedaliere, come il vitto e i servizi igienici, risultano maggiormente apprezzati dai residenti della Provincia Autonoma di Trento (il 43,02% dichiara di essere molto soddisfatto del vitto ed il 44,03% dei servizi igienici), mentre valori molto inferiori alla media nazionale si evidenziano in Liguria (rispettivamente il 6,90% e il 7,06%), in Campania (6,22% e 8,47%) e nel Lazio (3,61% e 8,42%). Fra le regioni del Sud, la Calabria conferma il primato già registrato per gli altri servizi precedentemente analizzati con una percentuale di ricoverati molto soddisfatti pari al 16,26% per il vitto e al 22,98% per i servizi igienici. La Lombardia e il Veneto registrano peraltro dei valori in controtendenza rispetto a quelli osservati per l'assistenza medica e infermieristica, recuperando diverse posizioni rispetto alle altre regioni del Nord.

La variabilità presente tra le regioni, fin qui descritta, considerando la modalità "molto soddisfatti", si riduce notevolmente se si esamina l'insieme delle modalità "molto e abbastanza soddisfatti". Dichiarano di essere "molto e abbastanza soddisfatti" per l'assistenza medica il 60,89% degli intervistati, con valore minimo in Sardegna (49,77%) e massimo in Provincia Autonoma di Bolzano (69,47%). Leggermente inferiore (59,88%) è la percentuale dei ricoverati che si sono dichiarati "molto e abbastanza soddisfatti" dell'assistenza infermieristica con un massimo in Liguria (69,47%) ed un minimo in Sicilia (50,99%). Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla qualità delle prestazioni alberghiere, si dichiarano "molto e abbastanza soddisfatti" per il vitto il 45,35% delle persone ricoverate, con un massimo tra i residenti della Valle D'Aosta (65,33%) ed un minimo tra quelli della Sicilia (38,29%). Lievemente superiori i giudizi per i servizi igienici: il 51,75% si dichiara "molto e abbastanza soddisfatto" con percentuali più elevate tra i residenti della Provincia Autonoma di Bolzano (67,08%) e più basse tra quelli della regione Sardegna (40,73%)

Conclusioni

Nella valutazione dei dati presentati occorre tener presente che la soddisfazione rappresenta uno stato relativo, derivante dalla corrispondenza tra le aspettative esplicite o latenti del fruitore e la percezione che egli ha del complesso dei fattori di qualità incorporati nel servizio utilizzato. Esprime un giudizio di soddisfazione se ritiene che vi sia, nel complesso, corrispondenza o superamento delle proprie aspettative. In altri termini, ogni fruitore di un bene o servizio, interpreta il valore di quanto riceve alla luce di due elementi del tutto individuali e personali: le proprie aspettative e la propria capacità di percezione dei fattori di qualità insiti nel bene o servizio fruito. È da tener presente che l'utente sanitario non è un generico acquirente, in grado in ogni momento di operare valutazioni e scelte critiche, e le sue aspettative non sono sempre precise, condizionabili dallo stato di malattia. Infine occorre considerare la natura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale, che si caratterizza per essere un sistema di Servizi Sanitari Regionali con specificità proprie, che implicherebbe di per sé un grado di coinvolgimento maggiore dell'utente che non è solo il fruitore finale di una prestazione o di un servizio, ma soprattutto portatore di diritti sociali e di cittadinanza.

Le informazioni riportate, riferite agli aspetti relativi al solo ricovero e dunque non riferibili a tutte le diverse tipologie di “cliente” in sanità, non potranno essere in grado di rispondere ad esigenze conoscitive specifiche; in particolare non sono in grado di cogliere le specificità del contesto socio-sanitario ed il complesso insieme degli elementi e dei fattori che incidono realmente e contribuiscono a determinare il grado di soddisfazione di un paziente. Inoltre, lo strumento adottato in queste indagini, porta al risultato di un giudizio molto positivo da parte dell’utente, e consente l’individuazione soltanto di macro categorie di disservizi, ma non riesce a mettere in evidenza situazioni specifiche per le quali è possibile introdurre interventi migliorativi. Per di più, risulta molto difficile identificare pratiche positive o di eccellenza. Tuttavia, l’ampia serie storica disponibile e l’attenta e scientificamente corretta metodologia applicata, in un’ottica di monitoraggio, può fornire indicazioni e tendenze sull’evoluzione della qualità percepita dagli utenti dei Servizi Sanitari Regionali che hanno vissuto l’esperienza di un ricovero in strutture ospedaliere, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti della qualità dei servizi alberghieri e per verificare il gradimento degli utenti in relazione a modifiche organizzative.

Una, seppur prudente, analisi critica, mette in evidenza come la maggioranza degli intervistati dichiarò di non aver riscontrato sostanziali cambiamenti negli ultimi anni in termini di qualità dei servizi. Comunque è da segnalare come per gli aspetti relativi all’offerta sanitaria indagata, la maggiore soddisfazione appare legata alle caratteristiche della relazione intrattenuta con i sanitari (medici ed infermieri), meno per ciò che riguarda la componente cosiddetta “alberghiera” (vitto e servizi) del ricovero. Tutto ciò in un ampio quadro di variabilità geografica più accentuata per il secondo aspetto.

In conclusione ci sembra di poter affermare come su questo aspetto, sia ancora carente un sistema organizzato e continuo di informazioni operative in grado di alimentare i processi di miglioramento della qualità. A nostro avviso sarebbe opportuno sviluppare un percorso comune tra le regioni partendo da forme innovative di comunicazione/ascolto, che rendano “accessibili, trasparenti e valutabili”³, da parte delle diverse “parti interessate” al buon funzionamento del Sistema Sanità, i cosiddetti “stakeholder”, “le scelte operate, le attività svolte e i servizi resi, dando conto delle risorse a tal fine utilizzate, descrivendo i processi decisionali ed operativi”². In tal senso appare utile la recente direttiva del Ministro della Funzione Pubblica che introduce lo strumento del bilancio sociale che potrebbe porsi come momento essenziale del sistema di ascolto e interazione con i pazienti e utenti attuali e potenziali, per restare in sintonia al mutare dei loro bisogni e aspettative, esigenze espresse, implicite e latenti.

Riferimenti bibliografici

- Donabedian A, (1990), La qualità dell’assistenza sanitaria, principi e metodologie di valutazione, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- V. A. Zeithaml, A. Parasuraman, L. Berry, (1991), Servire qualità, Mc. Graw Hill, Milano.
- Baraghini G., Trevisani B., Roli L.,(2002), Le ISO 9000 in Sanità / La Vision, FrancoAngeli, Milano.
- Franci A., Corsi M., (2002), La qualità percepita nei servizi socio-sanitari, Maggioli Editore.
- Charles D. Shaw , Isuf Kalo, (2002), Le basi per una politica nazionale per la qualità nei sistemi sanitari, OMS. EUR/02/5037153.
- Ministero della Salute. Piano sanitario nazionale 1998-2000.
- Ministero della Salute. Piano sanitario nazionale 2003-2005.
- Ministero della Salute. Piano sanitario nazionale 2006-2008.
- MIPA. La customer satisfaction nei servizi pubblici. Istat- marzo 2001.
- Dipartimento Della Funzione Pubblica, (2003), La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche, Rubbettino Editore Srl, Roma.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica. Rilevazione della qualità percepita dai cittadini. G. U. n. 80 del 5 Aprile 2004.
- Programmi speciali 502/92 art. 12 comma 2 lettera b)-triennio 2000-2003, Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali. Siti di riferimento:
www.sanita.regione.lombardia.it/qualitassr/documenti.
www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan.
www.ars.marche.it.
www.regione.liguria.it/salusoc.
www.rete.toscana.it/sett/sanit/carta-servizi.
- Istat - I servizi pubblici e di pubblica utilità: utilizzo e soddisfazione, 2003.
- Istat – Il sistema delle indagini sociali multiscopo. Contenuti e metodologia delle indagini, 2006.
- Angelo Tanese. Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, (2004), Edizioni Scientifiche Italiane. Reperibile sul sito : www.funzionepubblica.it.
- Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulla rendicontazione sociale nelle Amministrazioni Pubbliche. 17 febbraio 2006.

³Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulla rendicontazione sociale nelle Amministrazioni Pubbliche. 17 febbraio 2006.

Analisi dell'attività chirurgica

Dott. Marsilio Francucci, Dott. Giuseppe Vallesi, Dott.ssa Margherita Tockner

Contesto

Nel 2003 in Italia sono stati effettuati 11.981.212 ricoveri per acuti (70,5% in regime ordinario e 29,5% in Day Hospital). Il 38,2% dei ricoveri complessivi in regime ordinario sono stati effettuati nei reparti chirurgici.

Viene proposta un'analisi a vari livelli dell'attività chirurgica italiana, finalizzata a descrivere lo stato generale dell'assistenza chirurgica nel nostro paese.

Metodi

Vengono analizzati i ricoveri effettuati dai reparti chirurgici nell'anno 2003, utilizzando le informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). La fonte dei dati è la banca dati del Ministero della Sanità relativa ai ricoveri ospedalieri (Banca Dati SDO), disponibile e consultabile anche in versione on line (1).

Risultati e Discussione

Dei 4.456.356 ricoveri per acuti in regime ordinario dei reparti chirurgici, il 90% sono stati effettuati in 6 discipline: chirurgia generale (28,4%), ostetricia e ginecologia (23,7%), ortopedia e traumatologia (19,7%), urologia (7,2%), ORL (6,2%), oculistica (4,9%).

Gli interventi chirurgici effettuati in regime di ricovero ordinario, sono stati 3.027.043, ai quali si aggiungono 1.448.306 casi trattati in Day Surgery, per un totale di 4.475.349 interventi chirurgici effettuati complessivamente nel 2003, con un andamento pressoché stabile rispetto al 2002 ed un tasso di ospedalizzazione per intervento chirurgico del 77,4 ogni 1.000 abitanti.

Il 75% dell'attività chirurgica è concentrata in otto regioni (Lombardia 18,8%, Lazio 9,8%, Veneto 8,8%, Sicilia 8,2%, Emilia Romagna 8%, Campania 7,9%, Piemonte 7,6%, Toscana 6%). Tra le procedure effettuate in regime ordinario prevalgono gli interventi di chirurgia generale (24,2%), seguiti da quelli di ortopedia (21,3%), ginecologia (16,7%), chirurgia cardiovascolare (10,6%), urologia (8,1%), ORL (6,3%), oculistica (6,2%).

Nelle tabelle 1 e 2, viene analizzata la distribuzione dei principali interventi chirurgici effettuati in regime di ricovero ordinario nelle specialità chirurgiche, definite utilizzando come criterio di classificazione le Categorie Diagnostiche Principali (MDC).

Tabella 1 - Principali interventi di chirurgia generale - Anno 2003

DRG	Descrizione	N. casi	%
161-162-163	Interventi per ernia inguinale e femorale	109.391	16,0
195-196-197-198	Colecistectomia con e senza esporazione del dotto biliare comune	97.355	14,3
148-149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue	64.173	9,4
164-165-166-167	Appendicectomia con diagnosi principale complicata e non	62.429	9,1
157-158	Interventi su ano e stoma	53.925	7,9
257-258-259-260	Mastectomia totale e subtotale per neoplasie maligne	46.330	6,8
290	Interventi sulla tiroide	37.215	5,4
265-266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamento eccetto ulcere pelle/celluliti	32.056	4,7
269-270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	23.726	3,5
191-192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt	13.585	2,0
408	Alteraz. mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altr interv.	13.531	2,0
401-402	Linfoma e leucemia non acuta con altri int chirurgici	7.680	1,1
288	Interventi per obesita'	5.584	0,8
394	Altri interventi sugli organi emopoietici	5.573	0,8
400	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori	5.556	0,8
406-407	Alter. mieloproliferative o neoplasie poco differ. con interv. maggiori	3.976	0,6
392-393	Splenectomia	2.187	0,3

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Anno 2004.

Tabella 2 - Principali interventi chirurgici per specialità - Anno 2003

DRG	MDC	N. casi	%
	MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO		Totale Casi 84.279
1	Craniotomia eta' > 17 eccetto per traumatismo	22.158	26,3
5	Interventi sui vasi extracranici	20.796	24,7
6	Decompressione del tunnel carpale	16.084	19,1
	MDC 2 - MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO		Totale Casi 186.199
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	116.574	62,6
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina ,iride e cristallino	22.880	12,3
36	Interventi sulla retina	20.154	10,8
	MDC 3 - MALATTIE E DISTURBI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		Totale Casi 191.070
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	52.745	27,6
59-60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' < 18	50.802	26,6
53	Interventi su seni e mastoide, eta' > 17	18.107	9,5
	MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO		Totale Casi 29.143
75	Interventi maggiori sul torace	18.523	63,6
76-77	Altri interventi sull'apparato respiratorio	10.620	36,4
	MDC 5 - MALATTIE E DIST. DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO		Totale Casi 319.736
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	98.783	30,9
119	Legatura e stripping di vene	53.483	16,7
478-479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare	32.512	10,2
	MDC 8 - MAL. E DIST. SIST. MUSCOLO-SCHELETRICO E CONNETTIVO		Totale Casi 643.460
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori	113.775	17,7
221-222	Interventi sul ginocchio	100.506	15,6
210-211-212	Interventi su anca e femore	62.043	9,5
218-219-220	Interventi arto infer e omero eccetto anca, piede e femore, eta'>17	56.047	8,7
214-215	Interventi su dorso e collo	49.128	7,7
225	Interventi sul piede	44.518	6,9
	MDC 11/12 - DISTURBI RENE, VIE URINARIE, APP. RIPRODUT. MASCHILE		Totale Casi 246.560
310-311	Interventi per via transuretrale	56.563	22,9
339-340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne	36.964	15
334-335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile	29.689	12
336-337	Prostatectomia transuretrale	29.526	12
	MDC 13/14 - DIST. APP. RIPRODUT. FEMM., GRAVID, PARTO, PUERPERIO		Totale Casi 506.102
358-359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne	124.348	24,5
370-371	Parto cesareo	198.261	39,2
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	74.146	14,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Anno 2004.

Gli interventi eseguiti nei reparti di chirurgia generale si distribuiscono tra 6 MDC (06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente; 07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas; 09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella; 10 - Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali; 16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario; 17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate). Al primo posto troviamo gli interventi per ernia inguinale e femorale seguiti dalla colecistectomia con o senza l'esplorazione del dotto biliare, dagli interventi maggiori su interstino crasso e tenue e dalle appendicectomie. In corso di colecistectomia l'esplorazione della via biliare principale viene segnalata soltanto in 1223 casi (2,3% del totale).

Se analizziamo l'intervento di appendicectomia in funzione del *timing* diagnostico-terapeutico, si nota che nel 22,9% dei casi l'indicazione all'intervento viene posta per appendicite complicata.

Per quanto riguarda la distribuzione degli interventi tra le chirurgie specialistiche, si evidenziano comportamenti differenti. In alcuni casi, come l'ortopedia, non si registrano interventi predominanti e si riscontra un'attività distribuita su diverse procedure; in altri, invece, un solo tipo di intervento è in grado di rappresentare una quota consistente dell'intera attività effettuata in quel settore: gli interventi sul cristallino costituiscono, da soli, più della metà degli interventi eseguiti in ambito oculistico e lo stesso fenomeno si riscontra per gli interventi maggiori sul torace.

In alcune specialità, si assiste ad un crescente ricorso alla chirurgia mini-invasiva ed all'utilizzo di procedure interventistiche. Le procedure per via transuretrale sono al primo posto tra gli interventi urologici così come gli interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea predominano tra quelli effettuati per le malattie dell'apparato cardio-circolatorio.

Da segnalare che una parte consistente dell'attività è rappresentata da procedure effettuabili in Day Surgery,

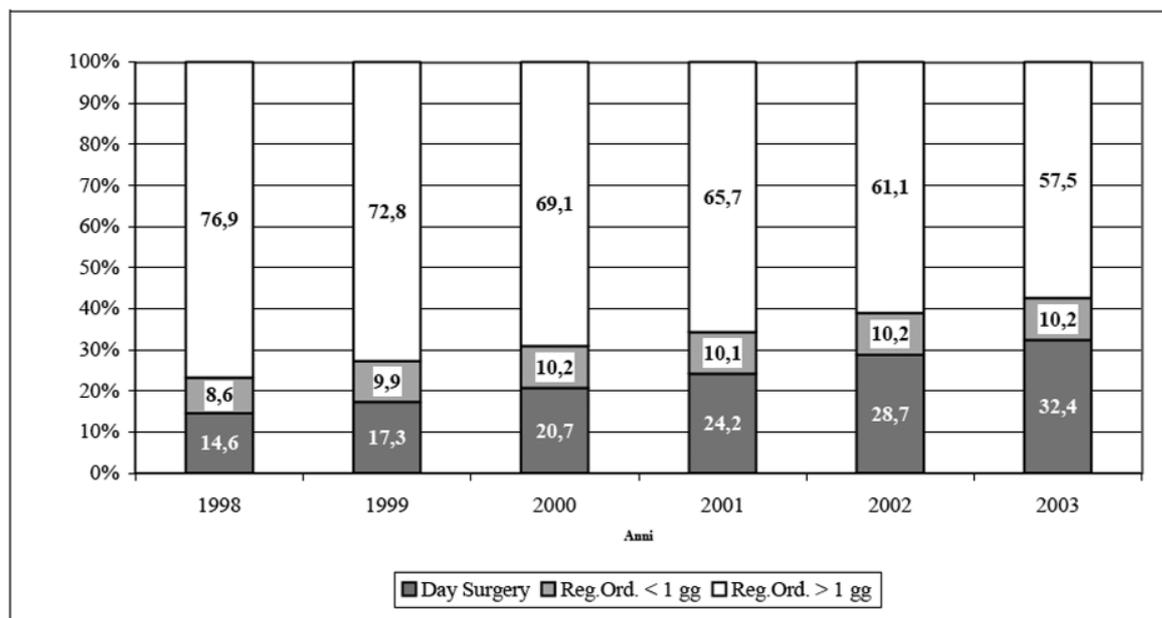
ricomprese tra i DRG (Diagnosis Related Groups) ad elevato rischio di inappropriatezza se effettuati in regime di ricovero ordinario (LEA): DRG 39 e 42 (interventi sul cristallino e sulle strutture extra-oculari: 139454 casi), DRG 222 (interventi sul ginocchio senza complicanze: 98794 casi), DRG 162 e 163 (interventi per ernia inguinale e femorale senza complicanze: 94210 casi), DRG 119 (legatura e stripping di vene: 53483 casi), DRG 55 (miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola: 52745 casi), DRG 158 (interventi su ano e stoma senza complicanze: 48483 casi) e DRG 6 (decompressione del tunnel carpale: 16084 casi)

Per valutare l'appropriatezza dei regimi di ricovero viene esaminato il setting assistenziale utilizzato per effettuare l'attività chirurgica. Nel grafico 1 viene riportato l'andamento dei ricoveri in Day Surgery ed in regime ordinario, questi ultimi distinti in funzione della durata della degenza (inferiore ad 1 giorno e > a 2 giorni).

La percentuale degli interventi effettuati in Day Surgery denota un andamento fortemente positivo negli ultimi 5 anni (14,6% dell'attività complessiva nel 1998 e 32,4% nel 2003), con un incremento del 121,9%. Contemporaneamente si è registrata una diminuzione dei ricoveri in regime ordinario superiori a 2 giorni, che passano dal 76,9% al 57,5%, con un decremento del 25,2%, mentre la percentuale dei ricoveri in regime ordinario di 1 giorno rimane pressoché invariati.

Grafico 1 - Distribuzione dei ricoveri chirurgici per regime di ricovero - Anni 1998-2003

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Anno 2004.



Il processo di trasferimento dell'attività chirurgica in regime di ricovero a ciclo diurno non è omogeneo tra le regioni: la percentuale di Day Surgery varia dal 49% della Provincia Autonoma di Trento al 19,6% della Puglia; tuttavia, come si evidenzia nella grafico 2, tutte le regioni, ad eccezione dell'Emilia-Romagna, registrano un incremento tra il 2002 e il 2003, in alcuni casi molto consistente: Molise (12%), Sicilia (10,7%), Provincia Autonoma di Trento (9,8%), Liguria (8,7%) e Provincia Autonoma di Bolzano (8,6%).

Il decremento del 2,8%, registrato in Emilia-Romagna, solo in parte è legato ad un progressivo passaggio verso la chirurgia ambulatoriale, poiché la riduzione del trasferimento interessa anche il DRG 158 (*interventi su ano e stoma*: decremento del 16,7%) ed il DRG 163 (interventi per ernia eccetto inguinale: decremento del 22,2%), per i quali non è ipotizzabile un maggior trasferimento in regime ambulatoriale, bensì un ritorno al ricovero ordinario, probabilmente legato alla mancata possibilità di poter disporre del pernottamento in regime di Day Surgery.

Informazioni utili per approfondire la valutazione di appropriatezza del setting assistenziale, provengono dallo studio promosso dall'ASSR che ha concentrato l'analisi sui 17 DRG LEA ed ha dimostrato che il 56,2%, di tali DRG viene effettuato in Day Surgery con un incremento del 9,1% rispetto al 2002, rilevato in tutte le regioni ad eccezione dell'Emilia-Romagna (-4,85%). Tale studio, ha analizzato anche gli interventi effettuati con ricovero ordinario di un giorno, evidenziando che questa modalità è stata utilizzata nel 14,3% dei casi nel 2003. La regione che con più elevata frequenza ricorre al ricovero ordinario di un giorno è la Lombardia (30,97%),

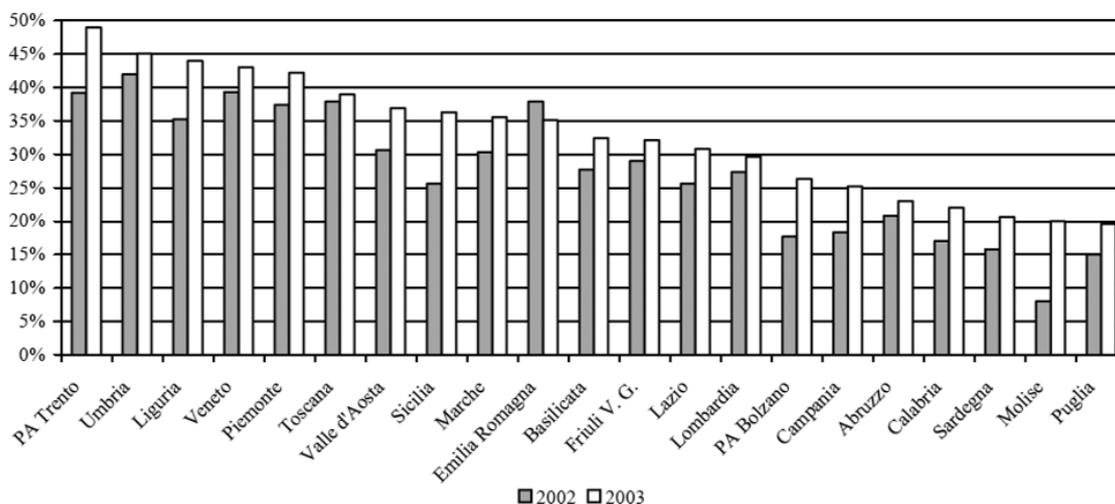
seguita dalla Calabria (27,38%) e dal Friuli-Venezia Giulia (24,96%) 2.

Lo sviluppo di nuove tecnologie ed il crescente utilizzo delle tecniche mini-invasive, dovrebbe portare ad un miglioramento della qualità tecnico professionale e degli outcome, con riflessi positivi anche sull'efficienza organizzativa, in termini di riduzione delle giornate di degenza. A tale proposito, sarebbe opportuno analizzare per quei DRG in cui il progresso tecnologico ha radicalmente modificato l'approccio terapeutico (come ad esempio la colecistectomia laparoscopica), la distribuzione dei casi per regime di ricovero (Day Surgery e regime ordinario) e per durata della degenza ("1 giorno", per molti aspetti assimilabili alla Day Surgery, "2-3 giorni" e "superiore a 4 giorni"). Applicando tale metodologia al DRG 198 (Colecistectomia senza esplorazione della VBP, senza complicanze), si evidenzia che soltanto il 2,8% dei casi viene trattato in Day Surgery. La degenza media dei 77.303 casi trattati in ricovero ordinario è di 5,6 giorni; di essi, il 3,4% ha avuto una degenza di 1 giorno, il 37,6% di 2-3 giorni, e ben il 58,4% di oltre 4 giorni. L'analisi dei dati evidenzia margini di miglioramento della performance organizzativa da realizzarsi attraverso interventi che favoriscano il trasferimento dell'attività dal regime ordinario a quello diurno ed una più efficiente gestione del percorso assistenziale in regime di ricovero ordinario, potenziando il ricorso alla preospedalizzazione, con conseguente riduzione della degenza preoperatoria.

Il valore della degenza media preoperatoria può essere assunto come indicatore proxy di un'efficiente gestione del "processo chirurgico" sia in elezione (attivazione della preospedalizzazione ed adeguata pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie) che in urgenza (percorsi diagnostici preferenziale e risorse dedicate).

Altro indicatore dell'appropriatezza organizzativa è la "percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico", strettamente correlato all'indice di operatività.

Grafico 2 - Percentuale di interventi effettuati in Day Surgery per regione - Anni 2002-2003



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Anno 2004.

Nella tabella 2 vengono riportati i dati nazionale e regionali relativi alla degenza media preoperatoria ed alla percentuale di DRG medici da reparti chirurgici, insieme alla degenza media complessiva e all'indice comparativo di performance.

La degenza media preoperatoria nel 2003 è stata di 2,1 giorni, con una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente. Analizzando per singola regione il numero medio di giorni trascorsi tra ricovero ed intervento chirurgico, si notano performance diverse, che vanno da 1,4 giorni del Friuli-Venezia Giulia, a 3 giorni della Liguria. Anche se la degenza preoperatoria può essere influenzata da diversi fattori, quali complessità della casistica, età dei pazienti ed indice di attrazione delle singole strutture, i dati dimostrano importanti margini di miglioramento. Agire sulla degenza preoperatoria consente di raggiungere più facilmente l'obiettivo di ridurre la degenza media complessiva e di estendere il numero dei casi trattabili in degenza breve (*Week-Surgery*); la contrazione della degenza preoperatoria costituisce anche una opportunità per ridurre l'incidenza delle infezioni del sito chirurgico, inversamente proporzionale al numero dei giorni di ricovero preoperatori. Un'ulteriore modalità per favorire l'efficienza dei reparti chirurgici è quella di migliorare la selezione dei pazienti candida-

ti al ricovero, riducendo il numero delle dimissioni con DRG medico.

Rispetto a questo indicatore, si evidenzia che a livello nazionale il 38,5% dei dimessi dai reparti chirurgici presenta un DRG medico evidenziando che soltanto il 61,5% dei ricoveri effettuati in tali reparti ha reso necessario l'utilizzo della sala operatoria. Tuttavia, la percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico varia considerevolmente tra le regioni, andando dal 29,0% dell'Emilia-Romagna al 50,2% della Calabria e ciò dimostra che è possibile migliorare la performance delle strutture. A tale proposito elementi utili sono: la differenziazione dei flussi, potenziando l'attività di filtro a livello del Pronto Soccorso, l'attivazione di reparti di osservazione breve, l'organizzazione per livelli di intensità assistenziale e la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici per patologia.

Vengono infine proposti alcuni "indicatori proxy" di appropriatezza clinica e tecnico-professionale, basati sia sul grado di adesione alle linee guida diagnostico-terapeutiche che sull'utilizzo delle moderne tecnologie.

Come esempio di appropriatezza clinica, viene riportata un'analisi degli interventi chirurgici effettuati per patologia mammaria. Le principali linee guida sottolineano, in primo luogo, l'importanza di ridurre il numero degli interventi chirurgici per patologia benigna attraverso una più adeguata diagnosi preoperatoria, che include ad esempio la biopsia con mammotome ed il potenziamento della diagnosi precoce, con l'obiettivo di individuare lesioni di dimensioni ridotte, tali da consentire una chirurgia conservativa.

Tabella 2 - Degenza media, degenza media pre-operatoria, indice comparativo di performance, % DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anno 2003

Regioni	Degenza media	Degenza media Pre-operatoria	Indice comparativo di performance	% DRG medici da reparti chirurgici
Piemonte	7,90	2,07	1,07	31,46
Valle d'Aosta	8,80	2,28	1,07	43,23
Lombardia	6,50	1,75	0,97	30,37
Bolzano-Bozen	6,60	1,51	1,03	41,77
Trento	7,60	1,70	1,06	43,32
Veneto	7,90	1,99	1,08	34,99
Friuli-Venezia Giulia	7,70	1,46	1,01	29,74
Liguria	7,80	2,99	1,03	39,84
Emilia-Romagna	6,70	1,92	0,95	29,00
Toscana	7,40	2,15	0,99	37,19
Umbria	6,40	2,09	0,93	41,89
Marche	7,00	1,61	1,02	32,16
Lazio	7,60	2,82	1,10	37,64
Abruzzo	6,00	1,92	0,97	44,29
Molise	7,00	2,36	1,10	41,14
Campania	5,40	2,22	0,93	45,41
Puglia	5,90	2,07	0,98	45,02
Basilicata	6,70	2,93	1,03	48,53
Calabria	6,10	2,02	1,01	50,22
Sicilia	5,60	2,02	0,92	47,82
Sardegna	6,70	2,19	1,06	43,50
Italia	6,70	2,08	1,00	38,48

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Anno 2004.

A tale proposito potrebbero essere utilizzati due indicatori:

Percentuale di interventi per neoplasia

$$\frac{\text{Numeratore Interventi per Neoplasie (DRG 257, 258, 259, 260)}}{\text{Denominatore Interventi Mammella (DRG 257, 258, 259, 260, 261, 262)}} \times 100$$

Percentuale degli interventi conservativi (quadrantectomia)

$$\frac{\text{Numeratore Interventi di Quadrantectomia (DRG 259, 260)}}{\text{Denominatore Interventi per Neoplasia della Mammella (DRG 257, 258, 259, 260)}} \times 100$$

Nella tabella 3 vengono riportati il numero di interventi effettuati per patologia mammaria ed i valori dei due indicatori a livello nazionale e di singola regione.

Tabella 3 - Interventi chirurgici per patologia mammaria per regione - Anno 2003

Regioni	Totale Casi	Percentuale di interventi sulla mammella per neoplasia	Percentuale di interventi conservativi per neoplasia mammaria
Piemonte	6.609	63,4	70,2
Valle D'Aosta	154	70,1	72,2
Lombardia	22.875	56,6	70,8
Bolzano-Bozen	732	54,4	71,4
Trento	783	69,1	70,1
Veneto	9.125	57,1	67,1
Friuli-Venezia-Giulia	2.448	69,6	56,0
Liguria	3.151	54,0	71,9
Emilia-Romagna	9.088	55,3	68,3
Toscana	5.999	58,0	69,6
Umbria	1.651	57,1	75,8
Marche	2.766	54,9	60,9
Lazio	12.231	41,5	67,1
Abruzzo	1.812	44,9	69,1
Molise	425	44,2	56,9
Campania	6.602	39,8	61,1
Puglia	4.254	57,4	60,5
Basilicata	567	49,9	69,3
Calabria	1.377	48,1	58,3
Sicilia	6.967	42,5	69,7
Sardegna	2.081	58,6	57,9
Italia	101.697	53,1	67,6

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Anno 2004.

Nel primo caso, abbiamo riscontrato, a fronte di un valore atteso del 75% 3, un valore medio nazionale del 53,1% con variazioni che vanno dal 41,5% del Lazio al 70,1% della Valle d'Aosta, evidenziando notevoli margini di miglioramento volti a perfezionare la diagnosi preoperatoria ed a ridurre l'indicazione chirurgica nei casi con "diagnosi certa" di patologia benigna.

Nel secondo caso, a fronte di un valore atteso del 65% 3, il dato nazionale è risultato del 67,6%, variando dal 56,0% del Friuli-Venezia Giulia al 75,8% dell'Umbria, a testimonianza di una notevole diffusione della diagnosi precoce, favorita dall'estensione dei programmi di screening.

Relativamente all'appropriatezza tecnico-professionale, ed in particolare all'utilizzo delle moderne tecnologie, andrebbero individuati, indicatori specifici per specialità. Insieme alla percentuale di colecistectomia laparoscopica, relativo ai reparti di chirurgia generale e già ampiamente utilizzato, per l'Urologia, ad esempio, potrebbe essere proposto come indicatore la percentuale di prostatectomia transuretrale, calcolato come quota percentuale degli interventi per via transuretrale sul totale degli interventi sulla prostata:

Percentuale di colecistectomie laparoscopica

$$\text{Numeratore} \quad \text{Colecistectomia laparoscopica (ICD-IX-CM 51,23 e 51,24)} \\ \text{Denominatore} \quad \frac{\text{Interventi di colecistectomia (ICD-IX-CM 51,2)}}{\text{Interventi di colecistectomia (ICD-IX-CM 51,2)}} \times 100$$

Percentuale di prostatectomia transuretrale

$$\text{Numeratore} \quad \text{Interventi per via transuretrale (DRG 336, 337)} \\ \text{Denominatore} \quad \frac{\text{Interventi sulla prostata (DRG 306, 307, 336, 337)}}{\text{Interventi sulla prostata (DRG 306, 307, 336, 337)}} \times 100$$

Tabella 4 - Percentuale di colecistectomia laparoscopica e di prostatectomia transuretrale per regione - Anno 2003

Regioni	Colecistectomia		Prostatectomia	
	Totale Casi	% colecistectomia laparoscopica	Totale Casi	% prostatectomia transuretrale
Piemonte	8.167	83,6	2.932	89,4
Valle D'Aosta	260	96,2	35	80,0
Lombardia	16.664	82,7	6.649	89,1
Bolzano-Bozen	738	78,9	342	90,1
Trento	726	89,8	92	89,1
Veneto	7.213	87,2	3.780	88,2
Friuli-Venezia Giulia	1.690	84,3	837	83,5
Liguria	3.339	80,7	736	80,6
Emilia-Romagna	7.358	76,4	2.635	81,5
Toscana	7.037	85,1	1.696	84,0
Umbria	1.974	79,4	477	84,5
Marche	2.714	74,8	961	88,4
Lazio	9.038	76,3	4.001	88,1
Abruzzo	2.831	75,9	929	83,1
Molise	735	79,7	165	51,5
Campania	8.993	77,7	1.796	83,9
Puglia	6.565	81,7	2.177	70,8
Basilicata	1.016	78,7	293	91,1
Calabria	2.710	75	511	81,4
Sicilia	7.532	74,1	2.849	86,0
Sardegna	2.338	76,2	874	88,3
Italia	99.638	80,2	34.767	85,6

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Anno 2004.

Nella tabella 4 vengono riportati i valori nazionale e per singola regione di tali indicatori.

Nel 2003, il valore nazionale della percentuale di colecistectomia laparoscopica è stato dell'80,2%, con un trend positivo rispetto agli anni precedenti (75,1 nel 2001, e 77,9 nel 2002) (4). Ben nove regioni mostrano un valore superiore all'80% ed il confronto con l'esperienza dell'Agency for Healthcare Research and Quality, mostra una progressivo orientamento verso pratiche di "best practice" delle strutture chirurgiche italiane. La percentuale di prostatectomia transuretrale in Italia è del 85,6% e, ad eccezione del Molise (51,5%) e della Puglia (70,8%), il comportamento delle varie regioni è omogeneo con percentuali superiori all'80% ed in due casi Provincia Autonoma di Bolzano e Basilicata superiore al 90%.

Conclusioni

L'analisi dell'attività chirurgica italiana relativa all'anno 2003 ha mostrato:

- un progressivo miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale, come testimonia l'incremento degli interventi effettuati in regime di Day Surgery che hanno raggiunto il 32,4% dell'attività chirurgica complessiva e la percentuale di appropriatezza per i 17 DRG chirurgici LEA individuati nel DPCM 29/11/2001 (56,2%); valori ancora non omogenei tra le regioni denotano la necessità di attivare azioni concrete per sostenere il processo di sviluppo della Day Surgery e della Chirurgia ambulatoriale mediante: coerenti politiche sanitarie regionali, senza trascurare l'importanza di adeguate politiche tariffarie, chiare scelte aziendali volte a sperimentare modelli organizzativi in grado di differenziare l'offerta chirurgica (*Week Surgery*);
- la ricerca dell'efficienza organizzativa, volta ad ottimizzare l'uso delle risorse mediante la riduzione delle giornate di degenza ed il miglioramento dell'indice di operatività, anche se, in questo settore, esistono ampi margini di miglioramento che ribadiscono la necessità di diffondere modelli organizzativi in grado di assicurare un'efficiente gestione del percorso diagnostico terapeutico nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico;
- una crescente attenzione dedicata all'appropriatezza tecnico-professionale e allo sviluppo della "best practice" con una buona capacità di sfruttare le opportunità offerte dall'evoluzione tecnologica volta a privilegiare tecniche mini-invasive.

Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2003. Roma, 2006. (<http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sdo.jsp>).
2. Francucci M, Evoluzione della Day Surgery in Italia, Monitor, 2° Supplemento al n.15, 2005.
3. EUSOMA, The Requirements of a specialist breast unit. Eur J Cancer, 2000, 36, 2288-2293. (<http://www.eusoma.org/Engx/Guidelines/Guideline.aspx?cont=breast> (accesso 22 dicembre 2005)).
4. Francucci M et al. L'assistenza ospedaliera. Rapporto osservasalute 2003, Ed. Vita e pensiero, Novembre 2003; 203-243.
5. Department for Health and Human Services – Agency for Healthcare Research and Quality, Healthcare Cost and Utilization Project; AHRQ Quality Indicators. (<http://www.hcup.ahrq.gov>).

Valutazione d'impatto delle politiche adottate da Regioni e Province Autonome in Italia per promuovere l'appropriatezza dell'ospedale

Dott. Riccardo Di Domenicantonio, Dott. Antonio Filocamo, Dott.ssa Lorenza Rossi, Dott.ssa Federica Prota, Dott.ssa Donatella Canonaco, Dott.ssa Gabriella Guasticchi, Dott. Enrico Materia

Contesto

Nell'ambito del Progetto Mattone "Misura dell'appropriatezza", è stata svolta una ricognizione delle politiche sanitarie adottate dalle regioni e province autonome dopo l'emanazione del DPCM 26/11/2001 di definizione dei LEA, al fine di valutarne l'impatto sullo sviluppo dell'appropriatezza organizzativa nell'ospedale tenendo conto della specificità dei diversi contesti regionali.

La valutazione si è incentrata su alcune politiche in grado di promuovere l'appropriatezza organizzativa tra cui: la disincentivazione economica legata alla definizione di soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza (43 DRG dell'allegato 2C DPCM/LEA, c.d. DRG/LEA); la disincentivazione tariffaria diretta dei ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza; l'adozione di sistemi regionali di controllo esterno dell'appropriatezza organizzativa; l'introduzione di ticket in Pronto soccorso; il coinvolgimento dei medici di medicina generale in programmi di promozione dell'appropriatezza; lo sviluppo di attività ambulatoriali integrate.

Obiettivi dello studio sono stati i seguenti:

1. analizzare la variabilità tra regioni e province autonome negli approcci strategici alla promozione dell'appropriatezza;
2. valutare l'effetto del contesto storico-culturale sotto forma di capitale sociale nel condizionare il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa;
3. studiare l'impatto delle politiche regionali di promozione dell'appropriatezza organizzativa sulla riduzione dei tassi di ospedalizzazione per i DRG/LEA.

Metodi

Le informazioni relative alle politiche per l'appropriatezza adottate nel periodo 2001-2003 sono state raccolte presso tutte le regioni e province autonome tramite un apposito questionario inviato nel corso del 2005 agli Assessorati alla Sanità.

Il questionario si articola in quattro sezioni contenenti i quesiti di seguito riassunti:

1. DRG ad alto rischio di inappropriatezza
 - definizione di soglie di ammissibilità per i 43 DRG/LEA e loro data di introduzione
 - definizione di soglie di ammissibilità per altri DRG
 - aggiornamento dei valori soglia
 - metodologia utilizzata per la definizione dei valori soglia
 - applicazione di disincentivi economici legati ai 43 DRG/LEA
2. Sistema di finanziamento dell'attività ospedaliera
 - percentuale del Fondo Sanitario Regionale assorbita dalla spesa ospedaliera
 - tetti per il finanziamento dell'attività ospedaliera
 - tariffe differenziate per tipologia di istituto
 - misure tariffarie disincentivanti l'inappropriatezza del Day Hospital
3. Controlli esterni sull'attività di ricovero
 - programmi regionali di controlli esterni analitici su cartelle cliniche
 - DRG sottoposti a controllo analitico
 - controlli sui ricoveri in Day Hospital
4. Altre misure per promuovere l'appropriatezza dell'ospedale
 - obiettivi riguardanti i tassi di ospedalizzazione
 - valutazione di appropriatezza sui ricoveri di Day Hospital
 - rimodulazione delle tariffe e/o inserimento di nuove prestazioni nell'ambito del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale
 - sviluppo di attività ambulatoriale complessa

- ticket in Pronto soccorso
- coinvolgimento dei medici di medicina generale in programmi di promozione dell'appropriatezza.

Il contesto regionale di riferimento è stato espresso sotto forma di capitale sociale, inteso come caratteristiche dell'organizzazione sociale in termini di fiducia civica, reciprocità, partecipazione dei cittadini alla vita della comunità e alle reti associative (1). È stato costruito *ex novo* un indice composito tramite un'analisi delle componenti principali su 10 variabili censuarie e Istat indicative del grado di impegno nella vita pubblica, di vita organizzata e di associazionismo nella comunità, di socialità informale e di fiducia civile, nelle regioni e province autonome. L'indicatore utilizza componenti simili all'indice di capitale sociale costruito negli USA (2).

Sono state inoltre prese in considerazione anche le seguenti caratteristiche organizzative dei Sistemi Sanitari Regionali:

- il tasso di posti letto attivi per acuti per 1.000 abitanti per provincia (fonte Istat);
- la percentuale di posti letto per acuti privati accreditati sul totale dei posti letto per acuti attivi per provincia (fonte Istat).

Come variabile di esito nello studio di impatto, è stata considerata la differenza 2001-2003 tra i tassi di ospedalizzazione ordinaria dei ricoveri per acuti ad onere SSN dei 43 DRG/LEA, standardizzati per età e per sesso, relativi alle 103 province italiane. I valori dell'anno 2001 sono stati considerati come riferimento. I dati provengono dagli archivi delle schede di dimissione ospedaliera messi a disposizione dal Ministero della Salute nell'ambito del Progetto Mattone "Misura dell'appropriatezza".

La standardizzazione diretta per età e per sesso è stata effettuata utilizzando come riferimento la popolazione italiana al 1° gennaio 2001 (fonte Istat, censimento 2001). I tassi standardizzati (x 10.000) sono stati calcolati separatamente per DRG chirurgici e non chirurgici (medici).

Le analisi univariate tra le variabili esplicative (politiche regionali, capitale sociale e dotazione di posti letto) e la differenza tra i tassi di ospedalizzazione in regime ordinario nel periodo 2001-2003 sono state eseguite calcolando il coefficiente di correlazione di Pearson (nel caso di variabili continue) o ricorrendo alla statistica t (nel caso di variabili dicotomiche).

Per le variabili continue, l'analisi è stata svolta a livello di regioni e province autonome nel caso dell'indice di capitale sociale, e a livello di provincia per la dotazione di posti letto.

Per quanto riguarda le variabili dicotomiche (politiche per l'appropriatezza), è stata confrontata la diminuzione media dei tassi tra province appartenenti a regioni in cui era stata adottata una determinata politica e province in cui la politica in esame non era stata adottata.

Per l'analisi multivariata è stato utilizzato un modello di regressione lineare multipla pesata in cui la variabile dipendente è rappresentata dal tasso standardizzato in ordinario del 2003, mentre il tasso del 2001 compare nel modello come variabile esplicativa in aggiunta alle altre variabili di interesse. Tale approccio corrisponde all'applicazione del modello autoregressivo nella forma più semplice quando sono presenti solo due serie di osservazioni nel tempo, e permette di tenere conto dell'appaiamento delle osservazioni e del livello di partenza del tasso (3).

A causa del limitato numero di Regioni/Province Autonome che non permette di definire modelli statistici sufficientemente stabili, le unità di osservazione nei modelli multivariati sono state rappresentate dalle province. A tutte le province di ciascuna regione sono state di conseguenza attribuiti i valori delle variabili ecologiche raccolti a livello regionale (politiche regionali e livello del capitale sociale).

Per la stima dei parametri del modello è stata utilizzata una serie di pesi inversamente proporzionali alla varianza dei tassi per provincia, al fine di tenere conto delle differenze nei volumi di ricoveri alla base del calcolo dei tassi.

Data l'eterogeneità dell'applicazione delle varie politiche in esame da parte delle Regioni/PA, la costruzione di modelli che includono più politiche contemporaneamente comporta come conseguenza la definizione di gruppi di riferimento costituiti da un numero troppo esiguo di regioni o province, che compromette l'interpretazione delle stime.

È stato pertanto scelto di analizzare solo le variabili relative all'adozione di disincentivi economici legati a soglie di ammissibilità o a rimodulazione tariffaria diretta - risultate condizioni mutuamente esclusive alla luce delle informazioni fornite da Regioni/PA. Nei modelli sono stati inclusi come variabili esplicative solo i fattori risultati significativamente associati ai tassi 2001 o 2003 o alle differenze tra tassi nelle analisi univariate. Nei modelli di analisi multivariata la categoria di riferimento è rappresentata dalle province appartenenti a

regioni in cui non era stata adottata alcuna politica di disincentivazione economica legata a soglie o a rimodulazione tariffaria.

L'analisi è stata condotta utilizzando il software statistico SAS vers. 8.0.

Risultati e Discussione

Ricognizione delle politiche regionali

In tutte le Regioni/PA sono state definite soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari relativamente ai 43 DRG/LEA. L'applicazione di disincentivi economici in caso di superamento delle soglie di ammissibilità è risultata più diffusa nelle regioni del Centro-Sud, peraltro caratterizzate nel 2001 da tassi di ospedalizzazione più elevati rispetto a quelle del nord. In particolare, nel periodo 2001-03, mentre Liguria, Toscana, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria adottavano politiche di disincentivazione dei ricoveri ordinari per i 43 DRG/LEA a rischio di inappropriately legate al superamento delle soglie di ammissibilità, Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna e Umbria ridefinivano le tariffe degli stessi DRG per scoraggiare il ricorso al ricovero ordinario.

Anche per quanto riguarda l'applicazione delle altre politiche prese in esame (controlli, ticket in Pronto soccorso, coinvolgimento dei medici di medicina generale, e attivazione di attività ambulatoriale complessa) è stata osservata un'ampia variabilità tra Regioni/PA: mentre in Emilia-Romagna e Umbria venivano attivate tutte le politiche in analisi, e in Piemonte, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche e Sicilia se ne varava la maggioranza, in altre regioni come Basilicata e Calabria non si ricorreva all'adozione di nessuna politica.

Analisi univariata

Associazione tra differenze nei tassi di ospedalizzazione 2001-2003 e adozione di politiche per l'appropriatezza

I risultati dell'analisi univariata condotta per esaminare l'associazione tra l'adozione di ciascuna politica in studio e le medie delle differenze 2001-2003 dei tassi di ospedalizzazione hanno evidenziato che nelle province appartenenti a regioni in cui sono stati applicati disincentivi economici legati alle soglie di ammissibilità si osserva un decremento medio dei tassi significativamente maggiore di quello verificatosi nelle province appartenenti a Regioni/PA in cui non è stato applicato nessun disincentivo, sia per i ricoveri chirurgici (differenza media =14,1; $p < 0,02$) che medici (differenza media =17,3; $p < 0,03$).

Nelle province appartenenti a regioni in cui sono state attuate politiche di disincentivazione economica basate su rimodulazione tariffaria diretta, non si osservano invece differenze significative rispetto alle province caratterizzate da nessun tipo di disincentivazione economica, né per i DRG medici né per i chirurgici.

Differenze significative nella diminuzione media dei tassi sono risultate associate all'adozione del ticket in Pronto soccorso e all'organizzazione di attività ambulatoriali complesse, ma non al coinvolgimento dei medici di medicina generale. In particolare, l'applicazione di ticket in Pronto soccorso e lo sviluppo di attività ambulatoriali complesse sono risultati associati a un minore decremento dei tassi sia medici che chirurgici rispetto alle regioni in cui tali provvedimenti non sono stati attuati. Ciò dipende dal più basso livello di ospedalizzazione riscontrato nelle Regioni/PA in cui queste politiche sono state attivate.

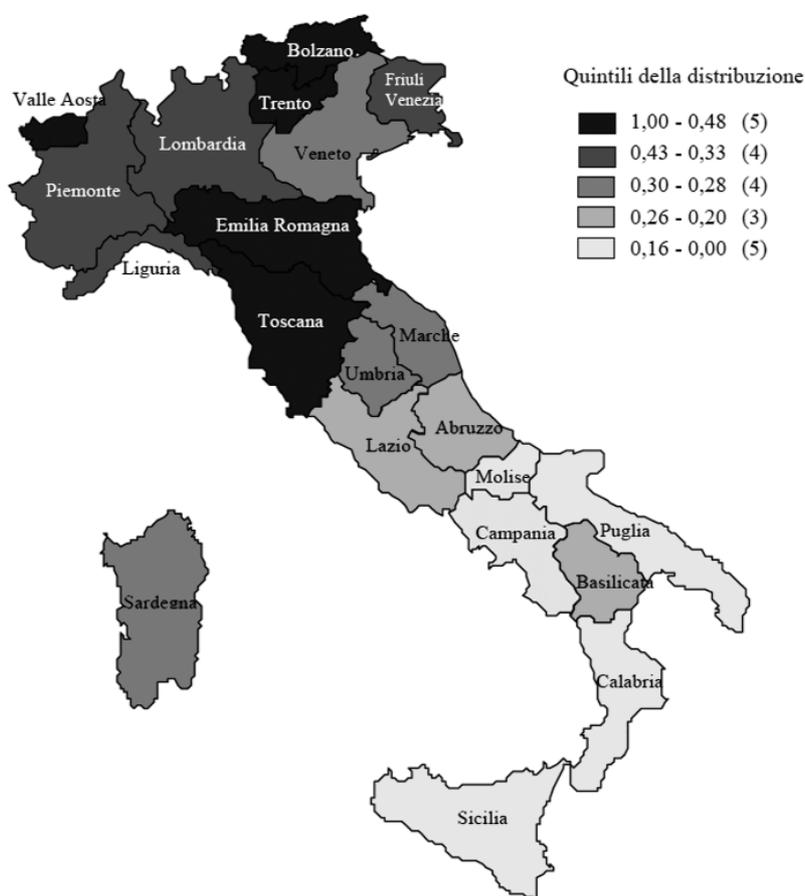
Associazione tra differenze nei tassi di ospedalizzazione 2001-2003, capitale sociale e dotazione di posti letto

Le variabili analizzate sono state rilevate a livello di Regione/PA per il capitale sociale e a livello di provincia per quanto riguarda i posti letto.

Il livello di capitale sociale correla significativamente in maniera inversa ai tassi di ospedalizzazione sia medici ($r=-0,65$, $p < 0,002$) che chirurgici ($r=-0,48$, $p < 0,03$) nel 2001, mentre nel 2003 correla significativamente solo con i DRG medici ($r=-0,65$, $p < 0,002$). Relativamente alla differenza dei tassi 2001-03, si osservano correlazioni inverse non significative. I valori dell'indice di capitale sociale per Regione/PA, e la mappa costruita in base ai quintili della distribuzione, sono riportati nel cartogramma. La distribuzione dell'indice è fortemente asimmetrica. Si osserva inoltre un marcato gradiente nord-sud del valore dell'indice.

Il tasso di posti letto ordinari per acuti non risulta correlare con i tassi di ospedalizzazione né con la loro differenza 2001-03, mentre si osservano correlazioni dirette tra la proporzione di posti letto privati accreditati e i tassi di ospedalizzazione nei due anni considerati, ma non con le loro differenze.

Distribuzione dell'indice di capitale sociale per Regione/PA



Analisi multivariata

I risultati dei modelli multivariati di regressione lineare pesata sono riportati separatamente per i ricoveri medici e chirurgici in tabella 1.

Tabella 1a - Analisi multivariata: risultati dei modelli di regressione lineare DRG medici

Variabile	β	ES	t	P
Soglie	-14,60	5,05	-2,89	0,0047
Tariffe	-22,24	6,85	-3,25	0,0016
Capitale sociale *	-9,30	6,04	-1,54	0,1267
% posti letto privati accreditati	0,46	0,22	2,14	0,0374
Tasso 2001	0,67	0,04	18,39	<0,0001

* categoria di riferimento: 1° quintile. R^2 aggiustato = 0,89.

Tabella 1b - Analisi multivariata: risultati dei modelli di regressione lineare DRG chirurgici

Variabile	β	ES	t	P
Soglie	-9,41	5,48	-1,72	0,0889
Tariffe	-0,33	6,30	-0,05	0,9579
Capitale sociale *	1,30	5,91	0,22	0,8270
% posti letto privati accreditati	0,14	0,23	0,61	0,54241
Tasso 2001	0,75	0,06	13,09	<0,0001

* categoria di riferimento: 1° quintile. R^2 aggiustato = 0,67.

I risultati indicano che, per i DRG di tipo medico, le politiche di disincentivazione economica legata a valori soglia o tariffaria diretta sono associate a diminuzioni significative dei tassi del 2003 pari rispettivamente a 14 e a 22 ricoveri per 10.000 residenti rispetto all'assenza di politiche disincentivanti.

Si osserva inoltre, per i DRG medici, controllando per gli effetti delle politiche in esame e per il tasso del 2001, un aumento del tasso del 2003 all'aumentare dell'offerta di posti letto privati accreditati. In base al valore del relativo coefficiente, si stima che per ogni aumento di unità percentuale della componente privata accreditata il tasso 2003 aumenti di 0,5 ricoveri per 10.000 residenti.

Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici, non si osservano riduzioni significative dei tassi 2003 in associazione all'adozione di politiche disincentivanti, anche se l'introduzione delle soglie si accompagna ad una diminuzione del tasso pari a 9 ricoveri per 10.000 residenti. Utilizzando come variabile di esito i tassi standardizzati con degenza maggiore di un giorno, sono state riscontrate associazioni significative anche per i ricoveri chirurgici.

I risultati indicano che, limitatamente ai DRG medici, nelle regioni dove sono state adottate politiche di disincentivazione economica dei ricoveri a rischio di inappropriatezza, si è verificata una diminuzione del tasso di ospedalizzazione ordinaria maggiore rispetto alle regioni in cui tali interventi non sono stati intrapresi. Questo effetto può essere considerato indipendente dalla dotazione di posti letto e dal livello di capitale sociale.

Per quanto attiene ai ricoveri chirurgici, l'associazione significativa tra la disincentivazione legata a soglie e il decremento dei tassi di ospedalizzazione messa in luce con l'analisi univariata scompare nel modello multivariato. Dai modelli con i termini di interazione, analisi qui non presentata, si può dedurre che l'efficacia della rimodulazione tariffaria sia maggiore dove i tassi di ospedalizzazione erano più elevati.

L'analisi multivariata ha inoltre permesso di dimostrare che il livello di offerta di posti letto privati accreditati, controllando per le altre variabili in studio, agisce negativamente sulla riduzione dei ricoveri ordinari ad alto rischio di inappropriatezza.

L'analisi univariata mostra che nelle Regioni/PA dove sono state adottate alcune politiche potenzialmente favorevoli l'appropriatezza dell'ospedale, come l'introduzione di ticket e lo sviluppo dell'attività ambulatoriale complessa, si è verificato un decremento dei tassi di ospedalizzazione dei ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza minore rispetto alle Regioni/PA dove queste politiche non sono state attuate. È ragionevole supporre che l'entità del decremento dei tassi possa dipendere dal livello del tasso di base (anno 2001), che condiziona i margini di miglioramento. Infatti nelle Regioni/PA in cui queste politiche sono state adottate, i tassi di ospedalizzazione nel 2001 risultavano significativamente inferiori alle altre (risultati non mostrati).

L'analisi univariata ha infine evidenziato una relazione tra il livello di capitale sociale delle Regioni/PA e i tassi di ospedalizzazione, suggerendo che un elevato capitale sociale rappresenta un fattore favorevole al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, che agisce probabilmente a monte nella catena causale. Tale effetto scompare peraltro nell'analisi multivariata, dopo aggiustamento per le altre variabili esplicative.

Conclusioni

Lo studio indica l'esistenza di una notevole variabilità tra Regioni/PA nell'adozione di politiche sanitarie potenzialmente utili per migliorare l'appropriatezza organizzativa dell'ospedale. I risultati contribuiscono in particolare a valutare l'impatto dei provvedimenti di Regioni/PA in risposta alle raccomandazioni del DPCM del 2001 di definizione dei LEA.

Per valutare l'effetto delle politiche di promozione dell'appropriatezza incentrate su disincentivi economici legati a soglie o a rimodulazione tariffaria diretta, si è tenuto conto sia della dotazione di posti letto che della capacità istituzionale delle Regioni/PA di promuovere interventi programmatici efficaci e di organizzare i servizi sanitari. Il capitale sociale è stato utilizzato come misura ecologica di questa capacità.

La valutazione indica che le politiche miranti a ridurre i ricoveri ordinari inappropriati di tipo medico attraverso disincentivi economici sono risultate efficaci. Per promuovere l'appropriatezza organizzativa dell'ospedale appaiono giustificate sia la scelta di adottare disincentivi legati a soglie di ammissibilità, sia la rimodulazione tariffaria diretta. Se da una parte vi è evidenza di efficacia per entrambi gli approcci, dall'altra il loro impatto appare anche dipendere dal livello dei tassi di ospedalizzazione esistenti al momento dell'adozione delle politiche.

Va peraltro considerato come il contesto organizzativo non sia indifferente rispetto alla scelta di applicare i diversi approcci di disincentivazione. L'approccio più "drastico" della rimodulazione tariffaria diretta è stato applicato laddove i tassi di ospedalizzazione erano più contenuti e l'organizzazione dei servizi sanitari era in grado di rispondere con prontezza alla domanda assistenziale da trasferire. L'approccio basato sulle soglie di ammissibilità è stato invece applicato nelle regioni in cui appariva indicata una diminuzione più graduale dei tassi di ospedalizzazione per evitare di migliorare l'appropriatezza a scapito dell'equità di accesso.

Lo studio suggerisce che l'offerta di posti letto privati accreditati, al netto dell'effetto delle altre variabili prese in esame, rappresenta un fattore frenante il miglioramento dello sviluppo dell'appropriatezza organizzativa dell'ospedale.

Il capitale sociale appare come un rilevante parametro ecologico di cui tener conto nella ricerca sui servizi sanitari e nella valutazione d'impatto delle politiche sanitarie. Ulteriori studi saranno comunque necessari per definire il buon utilizzo degli indici di capitale sociale nei modelli complessi di analisi.

Potenziali fattori distorcenti i risultati dello studio sono rappresentati dalla mancata disponibilità per provincia dell'indice di capitale sociale e delle informazioni relative alle politiche sanitarie che sono implementate eterogeneamente in ambito regionale. L'eventuale misclassificazione negli studi ecologici potrebbe risultare in un allontanamento dall'effetto nullo. Va anche ricordata la possibilità di non avere incluso nei modelli statistici altri potenziali confondenti.

Nonostante i limiti considerati, lo studio fornisce alcune evidenze utili per la valutazione di impatto del DPCM di definizione dei LEA, in vista del suo prossimo aggiornamento.

Riferimenti bibliografici

1. Baum FE, Ziersch AM. Social capital. *J Epidemiol Comm Health* 2003; 57: 320-3.
2. Putnam RD. *Bowling alone. The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster, 2000. Trad. it: *Capitale sociale e individualismo*. Bologna: Il Mulino, 2004.
3. Fox J. *Applied Regression Analysis, Linear Models, and Related Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997.

Siena Eye Cross Project: come modificare la gestione e l'outcome del cheratocono

Prof. Aldo Caporossi, Dott.ssa Filomena Autieri, Dott. Claudio Traversi, Dott. Cosimo Mazzotta, Dott.ssa Orsola Caporossi, Prof. Nicola Nante

Introduzione

Segnaliamo un modello assistenziale, al momento in fase sperimentale, che persegue contemporaneamente l'obiettivo di migliorare l'**outcome** di una patologia rara e quello di aumentare l'accessibilità all'assistenza superando i vincoli di natura biologica e sociologica che portano alla **scarsità delle donazioni**.

In Italia circa 5000 giovani pazienti con Cheratocono avanzato (stima 2006- Centro Nazionale Trapianti) attendono una soluzione anche temporanea per ritardare o scongiurare il ricorso al trapianto, che resta la maggiore indicazione terapeutica. Rispetto al 2004, nel 2005, a fronte di una richiesta di trapianti di cornee costante (4576), la disponibilità di tessuti è in calo (da ~6500 a ~6000).

Patologia degenerativa rara della cornea, con progressivo assottigliamento e sfiancamento conico del profilo corneale, e comparsa di astigmatismo miopico irregolare, il Cheratocono insorge durante la pubertà (incidenza stimata: 2/100.000 abitanti), è bilaterale ed asimmetrica (95% dei casi), progredisce fino alla 3a-4a decade e si autolimita con l'età.

La diagnosi clinica tradizionale (oftalmometria e biomicroscopia) si avvale oggi di strumenti di maggior precisione (Topografia, Pachimetria ad ultrasuoni od ottica, Microscopia confocale, Topo-Aberrometria ed Aberrometria totale).

Contrariamente ad altre patologie rare, il cheratocono dispone di possibilità terapeutiche che, in alcuni casi, sono di difficile accessibilità (cheratoplastica).

Nel cheratocono la necessità del trapianto corneale dipende dallo stadio evolutivo della malattia e dal quadro clinico complessivo (acuità visiva e correggibilità ottica dell'astigmatismo secondario, trasparenza corneale, tollerabilità alle lenti a contatto): corretto in fase rifrattiva con occhiali o lenti a contatto, in fase chirurgica necessita di cheratoplastica lamellare o perforante.

Le tecniche conservative (additive, es: INTACS) rinforzano la cornea, risolvono l'astigmatismo irregolare secondario, ma non sono esenti da rischi.

La cheratoplastica (ablativa) corregge gli effetti del cheratocono mediante la sostituzione della cornea patologica con quella sana di un donatore.

La nuova frontiera

Il cross-linking del collagene corneale è una terapia "fotodinamica" introdotta in Italia presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese col progetto di Ricerca "Siena Eye Cross Project 2004" registrato presso l'Osservatorio Nazionale del Ministero della Salute e premio SOI "Migliore Ricerca Italiana in Oftalmologia - 2004".

Essa induce la foto-polimerizzazione delle fibrille del collagene corneale aumentandone rigidità, resistenza biomeccanica e resistenza alla lisi enzimatica (effetto anticollagenasico) tramite l'effetto cross-linking, ottenuto dall'azione combinata di sostanze fotosensibilizzanti (Riboflavina o Vitamina B2) ed irraggiamento low dose con luce ultravioletta UVA. Eccetto un edema corneale transitorio e la sensazione di corpo estraneo (fino a riepitelizzazione completa), non sono noti ad oggi effetti collaterali. Il trattamento comunque non preclude, in caso, ad esempio, di insuccesso, la possibilità di effettuare una cheratoplastica convenzionale.

Tra i partecipanti allo studio Multicentrico Nazionale con capofila l'Università di Siena: Università Cattolica - Roma, Università di Bari, Firenze, L'Aquila, Federico II-Napoli e Istituto Clinico Humanitas-Milano.

Risultati e conclusioni

Questa nuova tecnica conservativa (parachirurgica) ha testato l'efficacia del cross-linking nel rallentare la progressione del cheratocono e migliorare la funzionalità visiva in pazienti con malattia progressiva, specialmente nei più giovani (14-25 anni), dimostrandosi una metodica semplice, di basso costo e meno invasiva di tutte le altre. In termini di guadagno in acuità visiva esso consente di ottenere risultati paragonabili all'uso degli INTACS (65%) senza effetti collaterali (INTACS complication rate: 30%).

Il cross-linking del collagene ha ottime prospettive di divenire un trattamento standard nel cheratocono progressivo, con notevoli implicazioni sul piano etico e socio-sanitario: esso sembra in grado di migliorare l'**outcome** (in termini di esiti e di qualità della vita dei pazienti) di una patologia rara, e di ridurre la necessità di donatori e di cheratoplastiche, specie in regioni dove il servizio di **eye-banking** è indisponibile.