

Assistenza ospedaliera

L'Assistenza Ospedaliera in Italia ha assorbito e assorbe tuttora gran parte dell'attività di assistenza sanitaria e delle risorse ad esse dedicate, sia in termini di impiego di risorse umane che monetarie.

Nell'ultimo decennio l'assistenza ospedaliera si è fortemente riorganizzata attraverso un processo teso a migliorarne gli output e gli outcome (l'avvento dell'aziendalizzazione della sanità in Italia, lo sviluppo dell'*Evidence Based Medicine*, etc.), cercando di agire in collegamento e continuità con i servizi sanitari e socio-sanitari del territorio, delegando servizi di assistenza, più appropriati in riferimento soprattutto rispetto alla cura delle malattie croniche che risultano in costante aumento (WHO, 2005. *Preventing chronic diseases: a vital investment*).

Quando si parla di evoluzione dell'assistenza ospedaliera bisogna tener conto dei seguenti fattori:

- *l'evoluzione delle conoscenze mediche e tecniche, che ha consentito lo sviluppo di nuove metodologie di diagnosi e trattamenti terapeutici sempre più efficaci. La validazione dei risultati è affidata alla comunità scientifica e una "misura" di questo processo è data dall'Evidence-Based Medicine (EBM);*
- *l'organizzazione, ovvero il contesto strutturale in cui viene erogata la prestazione sanitaria. È il campo del management, della scelta di allocazione di risorse, della politica e programmazione sanitaria, nell'ambito del modello di regolazioni normative e, nel nostro caso, del SSN e del welfare state;*
- *la sintesi, che dovrebbe avvenire a seguito e coerentemente a una valutazione del risultato complessivo, in termini di miglioramento dello stato di salute. È l'ambito proprio della ricerca sui servizi sanitari e, utilizzando la stessa metodologia dell'EBM, della Evidence Based Health Care Services Research o, ad un diverso livello, Health Care Policy;*
- *infine, la partecipazione della persona assistita alle decisioni che riguardano la propria salute, elemento che, in un rinnovato rapporto di fiducia con un clinico competente ed esperto e un uso giudizioso dell'EBM, che tenga conto dei limiti attuali della stessa, in termini di conoscenza dei vari ambiti del sapere medico e di differenti gruppi di pazienti, ha portato l'Institute of Medicine (IoM, USA) ad affermare, nel 2001, il concetto di Evidence Based Practice." (Guzzanti E., A proposito dei DRG in Italia (1995-2005), in Guida alla versione 19.0 del sistema DRG, pag IX-X, Anno 2005).*

Tale riorganizzazione implica quindi l'esigenza di raggiungere obiettivi fissati in base a scelte di pianificazione strategica del Sistema Sanitario Nazionale (attraverso i Piani Sanitari Nazionali) e dei singoli sistemi regionali (Piano Sanitario Regionale). Tra questi obiettivi è stato rideterminato negli anni il numero dei posti letto (4,5 per 1.000 abitanti) ed il tasso di ospedalizzazione di riferimento come "limite" (180 per 1.000 abitanti) (Intesa Stato-Regioni e P.A 23 marzo 2005. art 4, c1 punto b)).

Allo stesso tempo sono stati fortemente raccomandati e di conseguenza organizzati altre tipologia di assistenza in alternativa al regime ordinario come il Day Hospital, la Day Surgery, la lungodegenza riabilitativa ospedaliera, l'attività ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, etc..

Tali cambiamenti sono stati anche quest'anno monitorati nel Rapporto Osservasalute cercando soprattutto di analizzare i dati relativi alle dimissioni ospedaliere in modo da renderli più comparabili tra regioni, ad esempio rispetto alle gravità clinica delle prestazioni erogate con opportune tecniche di standardizzazioni per *case mix* (Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati", pagg. 577-593).

La fotografia che emerge dagli indicatori di questo capitolo dedicato all'assistenza ospedaliera è sempre più nitida: i tassi di ospedalizzazione complessivi tendenzialmente sono in lieve diminuzione, questo sia con la diminuzione dei ricoveri in regime ordinario che con un lieve aumento di quelli in regime Day Hospital. Questo sta a significare che soprattutto negli ultimi due anni è iniziato un progressivo trasferimento di alcune prestazioni a livello di assistenza territoriale.

Tale tendenza è confermata anche dall'indicatore relativo all'analisi delle dimissioni per tipologia di attività che segna la diminuzione dei tassi per acuti ed un aumento dei tassi dei ricoveri in riabilitazione, mentre è stazionaria l'attività di lungodegenza.

Restano ancora molto diversificati a livello regionale e piuttosto alti i tassi di ricovero nelle fasce di età “estreme” (<1 anno e >75 anni), segno di difficoltà nella progettazione delle reti ospedaliere e dei servizi territoriali.

Si evidenziano cambiamenti nella degenza media complessiva, mentre le degenze medie preoperatorie per le patologie più frequenti che si riscontrano, dimostrano ancora preoccupanti differenze tra regioni (soprattutto tra Nord e Sud) nell'erogazione di servizi, che dovrebbero essere erogati sotto altri regimi di ricovero, con conseguenza di dispendio di risorse assistenziali, monetarie e disagio per i pazienti.

Quest'anno il capitolo è composto anche da numerosi approfondimenti relativi alla mobilità sanitaria per peso del DRG, all'esame della qualità dell'assistenza rispetto al recepimento concreto delle Linee Guida sull'adenotonsillectomia, alla variabilità della qualità delle prestazioni ospedaliere di bypass aortocoronarico e all'angioplastica coronaria per cutanea transluminale.

Si presentano anche gli importanti risultati del monitoraggio nazionale degli eventi sentinella e del progetto Mattoni dedicato agli “Ospedali di riferimento”.

Si fa riferimento e si descrive in un Box il Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS) e le sue implicazioni – conseguenze sull'attività delle regioni di carattere organizzativo-economico-istituzionale verso il rispetto dei vincoli di bilancio e verso l'erogazione appropriata dei LEA.

Si tratta poi il tema della salute orale e dell'assistenza odontoiatrica in un approfondimento.

Infine c'è una sezione del capitolo dedicata a studi *ad hoc* relativi all'ospedalizzazione evitabile nella regione Lazio e ai dati che collegano l'ospedalizzazione evitabile con il concetto di capitale sociale, applicato anche al mondo della sanità.

Infine vengono affrontati temi quale la qualità percepita del SSN secondo i dati dell'Indagine Multiscopo 2004/2005 dell'Istat e le disuguaglianze sociali nel ricorso ai servizi sanitari.

Dimissioni ospedaliere

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola, quindi, come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato per ciascuna modalità di ricovero, ovvero sia

*Tasso di dimissioni ospedaliere**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. 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.

Nel calcolo sono state considerate le dimissioni per acuti, in riabilitazione ed in lungodegenza effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale. Sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e dei soggetti non residenti in Italia. L'indicatore include i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché intende esprimere l'entità della domanda di ricovero quindi si riferisce al numero di episodi di ricovero nel corso dell'anno.

Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital: si rilevano infatti alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi effettuati 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, anche quello standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media italiana rilevata con il Censimento 2001, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della variabilità regionale determinata dalla diversa composizione per età della popolazione nelle singole regioni.

per il regime di ricovero ordinario che per il regime di ricovero diurno, comprensivo del Day Hospital medico e chirurgico, o Day Surgery.

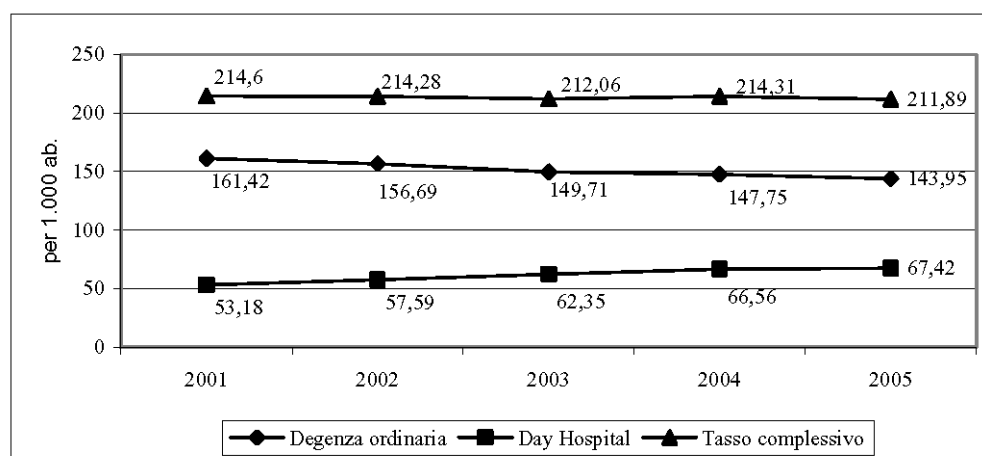
In tal modo l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica ospedaliera da un *setting* assistenziale all'altro.

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 1.000 residenti, di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno. Ciò potrà essere raggiunto potenziando forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero.

Descrizione dei risultati

Nel 2005 il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è 143,95 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e 67,42 per 1.000 in Day Hospital. L'analisi dei valori temporali conferma nel 2005 una riduzione del ricovero in regime ordinario di -2,6% rispetto al 2004 e di -3,8 % rispetto al 2003 (grafico 1).

Per contro, si rileva un incremento dell'ospedalizzazione in regime diurno minore rispetto a quello avvenuto dal 2003 al 2004, con variazioni percentuali pari a +1,5% tra 2005 e 2004 e +6,8 % tra il 2004 ed il 2003. L'analisi delle distribuzioni regionali mostra che, nel 2005, la riduzione dell'ospedalizzazione in regime ordinario si manifesta in tutte le regioni. Per quanto riguarda l'attività di Day Hospital si rileva, in generale, un incremento nella maggior parte delle regioni, con alcune eccezioni in cui si osserva una riduzione di questa modalità di ricovero che si presenta lieve in Lombardia (61,24 nel 2004 vs 60,27 nel 2005) e in Sardegna (67,14 nel 2004 vs 66,83) nel 2005, notevole in Veneto (57,40 nel 2004 vs 53,81 nel 2005), in Friuli-Venezia Giulia (40,17 nel 2004 vs 37,29 nel 2005) e in Emilia-Romagna (52,92 nel 2004 vs 45,92 nel 2005). Presumibilmente questa tendenza sarà maggiormente osservabile nei prossimi anni, per il progressivo trasferimento di alcune prestazioni erogate in regime di ricovero diurno ad altri segmenti di assistenza del livello territoriale.

Grafico 1 - Tassi grezzi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione - Anni 2001-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

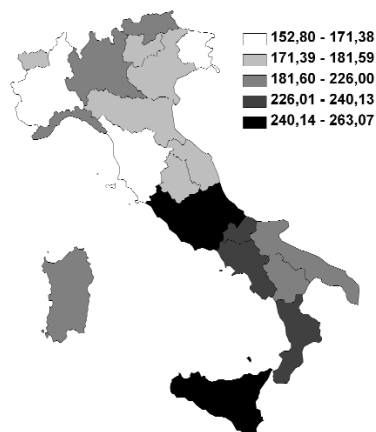
Tabella 1 - Tassi (grezzi e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regione e regime di ricovero - Anno 2005

Regioni	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Grezzo	Std	Grezzo	Std	Grezzo	Std
Piemonte	117,67	110,68	63,44	60,69	181,11	171,38
Valle d'Aosta	130,81	126,29	56,03	54,54	186,83	180,83
Lombardia	142,95	140,61	61,31	60,27	204,26	200,88
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>153,16</i>	<i>158,39</i>	<i>48,15</i>	<i>49,18</i>	<i>201,32</i>	<i>207,57</i>
<i>Trento</i>	<i>128,50</i>	<i>126,67</i>	<i>55,07</i>	<i>54,92</i>	<i>183,56</i>	<i>181,59</i>
Veneto	125,17	122,54	54,48	53,81	179,65	176,35
Friuli-Venezia Giulia	126,18	115,51	38,33	37,29	164,52	152,80
Liguria	141,78	125,31	104,43	98,45	246,20	223,77
Emilia-Romagna	140,17	128,76	48,10	45,92	188,28	174,68
Toscana	120,27	109,46	53,07	52,14	173,34	161,60
Umbria	129,43	120,11	62,87	60,64	192,30	180,74
Marche	140,30	130,61	47,81	45,48	188,11	176,08
Lazio	154,02	152,54	94,77	94,42	248,79	246,96
Abruzzo	200,74	192,32	71,75	70,74	272,49	263,07
Molise	183,86	175,39	61,83	61,17	245,69	236,56
Campania	152,66	162,03	75,50	78,09	228,16	240,13
Puglia	163,83	167,82	46,80	48,07	210,62	215,88
Basilicata	138,27	136,24	67,15	67,08	205,42	203,31
Calabria	161,06	163,22	64,90	65,73	225,96	228,95
Sicilia	151,43	153,36	105,36	107,17	256,79	260,53
Sardegna	156,82	159,17	66,48	66,83	223,30	226,00
Italia	143,95	141,00	67,42	66,78	211,37	207,79

Nota: La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia al 2001.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione. Anno 2005



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 (192,32 per 1.000), Molise (175,39), Puglia (167,82) e Calabria (163,22), mentre i valori più contenuti appartengono a Toscana (109,46 per 1.000), Piemonte (110,68), Friuli-Venezia Giulia (115,51) ed Umbria (120,11). Il valore nazionale del tasso standardizzato di ricoveri ordinari si attesta a 141 ricoveri per 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda l'attività in regime diurno non è altrettanto evidenziabile un particolare gradiente geografico. I tassi oscillano da 37,29 per 1.000 abitanti (Friuli-Venezia Giulia) fino a 107,17 (Sicilia). Si rammenta, a tal riguardo, che esistono disomogeneità regionali nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi per i ricoveri 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, soprattutto per quelle del Sud. I tassi standardizzati complessivi che risultano al di sotto del parametro di riferimento sono quelli del Veneto (176,35), Piemonte (171,38), Friuli-Venezia Giulia (152,80), l'Emilia-Romagna (176,68), Marche (176,08) e Toscana (161,60).

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, in particolare per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza se erogate in modalità ordinaria; 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 essenziali 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 anche 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. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e quindi anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere, quindi l'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. In particolare la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demo-

grafiche della popolazione e ciò è da attribuire, in parte, anche 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 descrivere il fenomeno e le eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni, per classi di età, per tipo di attività}^1}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

¹Regime 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 2005, 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). Rispetto ai dati relativi alle dimissioni effettuate nel 2004 (Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 353-357), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tas-

si di ospedalizzazione per acuti, un aumento dei ricoveri in riabilitazione e una situazione stazionaria per quanto riguarda i ricoveri in lungodegenza.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari nelle discipline per acuti, in tutte le regioni i valori più alti si evidenziano nelle classi di età estreme (tabella 1, grafico 1), ovvero nei dimessi di età inferiore a 1 anno (cartogramma) 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.

Relativamente all'attività di riabilitazione 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 ultrasessantacinquenni 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, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani con età ≥ 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 (per il 2004 era di 0,2 per 1.000), Friuli-Venezia Giulia (per il 2004 era di 0,4 per 1.000), Liguria (per il 2004 era di 0,4 per 1.000) e Umbria (per il 2004 era di 0,1 per 1.000), mentre i valori più elevati della distribuzione sono in Emilia-Romagna (43,4 per 1.000), Province Autonome di Bolzano (29,3) e Trento (29,2).

Tabella 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per acuti, regione e classi di età – Anno 2005

Regioni	Classi di età					Totale
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	
Piemonte	86,0	50,9	82,9	172,2	253,4	108,8
Valle d'Aosta	66,6	59,9	102,0	227,4	319,3	127,4
Lombardia	100,5	65,9	104,6	231,4	336,2	133,9
Bolzano-Bozen	102,1	75,9	110,3	259,3	463,4	145,2
Trento	61,9	52,5	91,4	204,6	331,8	115,9
Veneto	68,0	53,9	88,3	206,1	349,3	117,5
Friuli-Venezia Giulia	56,0	51,5	87,5	204,7	354,6	123,4
Liguria	90,9	62,8	96,5	196,1	317,8	135,7
Emilia-Romagna	82,7	62,0	95,3	204,5	335,0	130,4
Toscana	66,9	50,2	81,2	186,2	319,3	116,3
Umbria	98,7	62,1	91,1	197,8	304,0	126,4
Marche	88,7	59,9	99,8	217,9	342,8	134,9
Lazio	105,3	72,4	116,6	254,3	380,4	147,3
Abruzzo	125,4	91,8	150,5	323,7	449,4	190,4
Molise	121,0	78,9	139,7	310,6	399,3	177,1
Campania	97,1	85,9	130,2	297,9	364,6	148,3
Puglia	119,4	83,2	130,9	289,3	392,4	158,1
Basilicata	82,1	59,3	106,4	255,2	343,8	134,5
Calabria	94,4	80,1	131,5	298,6	383,2	156,4
Sicilia	114,7	76,9	117,6	270,7	344,5	145,3
Sardegna	105,3	81,0	125,2	286,3	414,8	155,6
Italia	95,6	70,0	107,6	236,8	345,5	137,2

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tassi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per acuti, regione e classi di età < 1 anno. Anno 2005

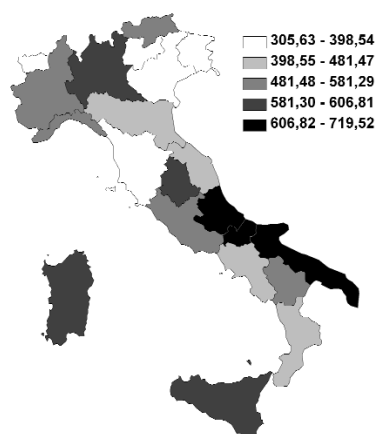
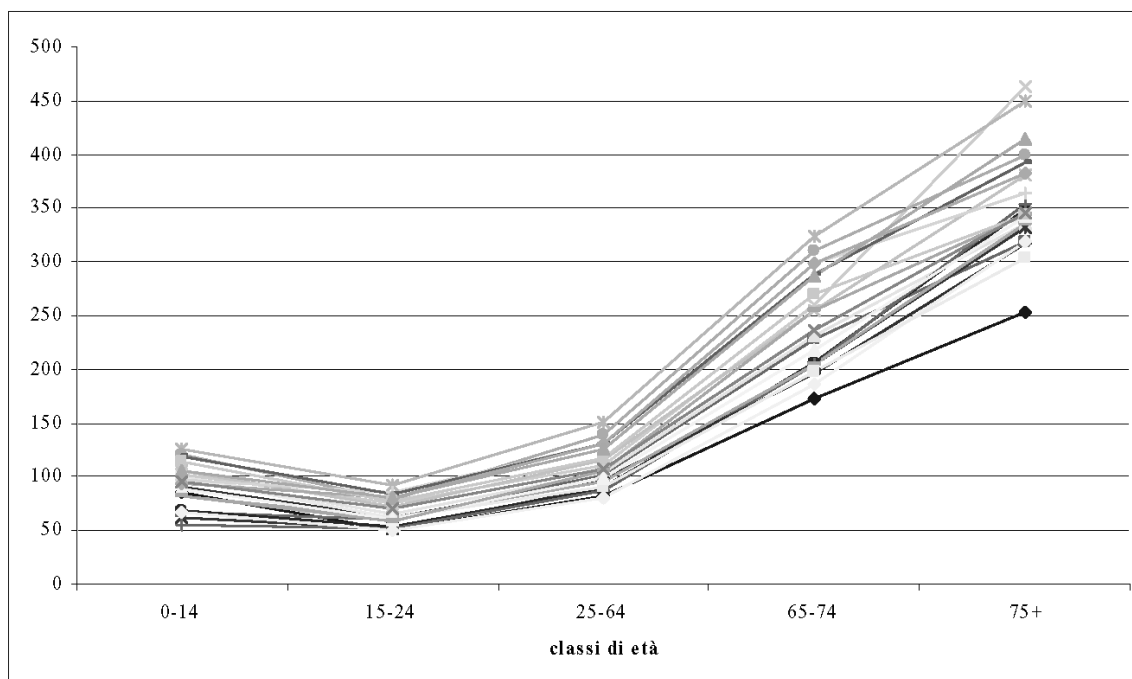


Grafico 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per acuti in regime ordinario - Anno 2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tabella 2 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per riabilitazione, regione e classi di età – Anno 2005

Regioni	Classi di età			
	0-44	45-64	65-74	75+
Piemonte	0,96	5,70	17,90	24,53
Valle d'Aosta	0,88	3,26	12,20	7,57
Lombardia	1,51	7,56	24,67	37,90
Bolzano-Bozen	0,58	3,75	13,47	27,99
Trento	1,34	9,13	28,98	32,26
Veneto	0,73	4,16	15,16	20,80
Friuli-Venezia Giulia	0,80	2,50	6,78	7,66
Liguria	1,03	5,03	14,87	16,84
Emilia-Romagna	0,57	2,90	8,34	8,71
Toscana	0,59	2,54	8,07	11,97
Umbria	0,83	2,78	7,21	6,38
Marche	0,60	2,50	8,07	8,46
Lazio	0,82	4,40	16,32	30,60
Abruzzo	2,08	9,11	26,30	30,58
Molise	1,32	6,26	16,27	17,62
Campania	0,54	3,07	9,73	12,31
Puglia	0,89	4,32	12,90	14,62
Basilicata	0,69	3,78	8,39	8,84
Calabria	0,85	3,99	11,93	12,52
Sicilia	2,49	5,62	14,62	16,02
Sardegna	0,42	0,83	1,42	1,42
Italia	1,05	4,68	14,72	19,75

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per riabilitazione, regione e classe di età 75+. Anno 2005

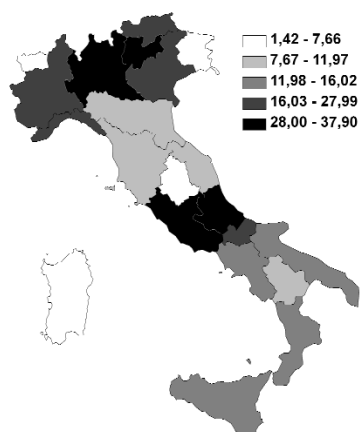
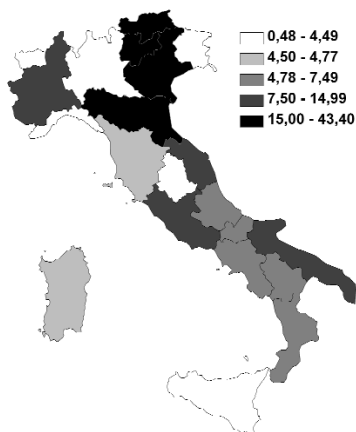


Tabella 3 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per lungodegenza, regione e classi di età – Anno 2005

Regioni	Classi di età		
	0-64	65-74	75+
Piemonte	0,30	3,59	14,99
Valle d'Aosta	0,02	0,15	0,61
Lombardia	0,07	1,05	3,76
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,64</i>	<i>7,93</i>	<i>29,23</i>
<i>Trento</i>	<i>0,57</i>	<i>7,36</i>	<i>29,32</i>
Veneto	0,38	5,20	22,28
Friuli-Venezia Giulia	0,02	0,29	0,50
Liguria	0,03	0,13	0,48
Emilia-Romagna	0,88	10,73	43,40
Toscana	0,10	0,89	4,77
Umbria	0,11	0,36	1,30
Marche	0,72	3,93	14,88
Lazio	0,11	1,48	8,03
Abruzzo	0,21	1,43	6,87
Molise	0,18	1,37	5,20
Campania	1,07	3,04	7,49
Puglia	0,32	4,49	14,56
Basilicata	0,21	1,87	5,13
Calabria	0,44	2,71	5,20
Sicilia	0,11	1,53	4,49
Sardegna	0,09	1,11	4,74
Italia	0,34	2,97	11,68

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per lungodegenza, regione e classi di età ≥ 75 anni. Anno 2005



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 sottolinea la necessità di 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, di rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, di garantire l'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 è proceduto alla standardizzazione di questo dato rispetto al *case mix*. La degenza media regionale standardizzata per *case mix* rappresenta il valore teorico-atteeso della degenza media che si osserverebbe se ogni regione

presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard assunto come riferimento.

Tale standard di riferimento è la composizione per DRG della casistica dimessa a livello nazionale nell'anno considerato.

In altre parole è una degenza media "non reale" o "attesa": una diminuzione di tale valore, a seguito della standardizzazione, significa che la regione ha una casistica ospedaliera di complessità maggiore rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

Degenza media*

Numeratore	Giornate di degenza erogate, in regime ordinario
Denominatore	Dimissioni totali, in regime ordinario

*La formula del tasso standardizzato per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

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 ordinaria, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale, nell'anno 2005.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. 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. Negli ultimi anni, la degenza media a livello nazionale si è attestata a 6,7 giorni.

Descrizione dei risultati

La degenza media grezza a livello nazionale è di 6,7 giorni, come quella relativa alle dimissioni effettuate in regime ordinario nel 2004. L'indicatore grezzo assume il valore massimo in Valle d'Aosta (8,4 giorni), ed il valore minimo nella regione Campania (5,4 giorni). In generale per tutte le regioni dell'area meridionale la degenza media si colloca al di sotto del

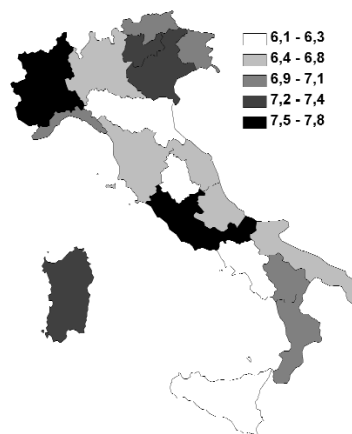
valore medio nazionale, mentre nelle regioni dell'area settentrionale l'indicatore assume valori superiori.

Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che, nel periodo 2002-2005, rimane sostanzialmente stabile (grafico 1); considerando che è aumentata, nel tempo, la complessità della casistica trattata, in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG, si osserva un chiaro miglioramento nell'utilizzo più appropriato dell'ospedale, dedicato più correttamente al trattamento e alla cura delle patologie acute.

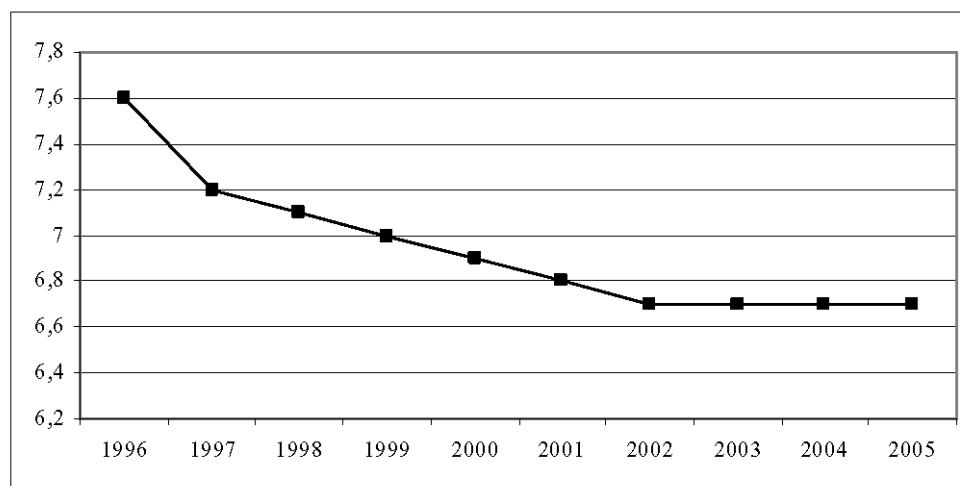
La degenza media standardizzata per *case mix* varia tra il valore minimo di 6,1 di Umbria e Sicilia al valore massimo di 7,8 del Lazio. La distribuzione dei valori regionali evidenzia un gradiente Nord-Sud, con la tendenza per le regioni del Nord alla diminuzione, rispetto alla degenza media, dei valori assunti dalla degenza media standardizzata per *case mix*, indicativi di una maggiore efficienza operativa a parità di casistica trattata; nelle regioni del Sud, invece, incluso il Lazio, si osserva una tendenza all'aumento della degenza media standardizzata per *case mix*, che mette in evidenza una minore efficienza operativa, in termini di consumo di giornate di degenza, per il trattamento e la cura di una casistica con la stessa composizione per DRG di quella nazionale.

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case mix) per regione – Anno 2005

Regioni	Grezzo	Std
Piemonte	8,1	7,5
Valle d'Aosta	8,4	7,6
Lombardia	6,5	6,6
Bolzano-Bozen	6,8	7,1
Trento	7,7	7,4
Veneto	7,9	7,4
Friuli-Venezia Giulia	7,4	7,0
Liguria	7,8	6,9
Emilia-Romagna	6,6	6,3
Toscana	7,5	6,8
Umbria	6,3	6,1
Marche	6,9	6,8
Lazio	7,6	7,8
Abruzzo	6,0	6,6
Molise	7,1	7,5
Campania	5,4	6,2
Puglia	6,2	6,7
Basilicata	6,8	6,9
Calabria	6,3	6,9
Sicilia	5,8	6,1
Sardegna	6,7	7,4
Italia	6,7	6,7

Degenza media standardizzata per case mix. Anno 2005

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - Degenza media per acuti - Anni 1996-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura della degenza media grezza e standardizzata per *case mix* non è di per sé sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera. Infatti, oltre alla valutazione del *case mix*, importante per avere una visione più accurata delle informazioni relative alla degenza in ospedale, è importante valutare allo stesso tempo le capacità organizzative delle strutture di ricovero in relazione alla disponibilità ed accessibilità dei servizi ospedalieri di supporto. In ogni caso, l'analisi temporale di questo indicatore, anche standardizzato per *case mix*, rileva che vi sono margini di miglioramento in termini di

riduzione della degenza media ospedaliera, soprattutto se si considerano anche le informazioni basate sull'indicatore che analizza la degenza per tipologia di ricovero e per età ("Dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività", pag. 484). Entrambi gli indicatori sono da monitorare nel tempo, poiché sono il risultato di molteplici fattori che influenzano l'efficienza operativa delle strutture sanitarie nelle varie regioni, non solo fattori organizzativi, ma anche composizione del *case mix*, volumi di ricoveri brevi, di dimissioni *outliers*, di ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario.

Degenza media pre-operatoria 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 o a quelli distrettuali 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 Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula del tasso standardizzato per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

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 dati di diversi ospedali deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* trattato dalle strutture considerate. Per grandi casistiche, riferite come nel nostro caso al complesso degli ospedali di una regione, i *case mix* risultano più omogenei e di conseguenza aumenta sensibilmente il livello di confrontabilità. Per rendere omogeneo il confronto con i dati rilevati negli anni precedenti le serie della tabella 1 riportano valori di DMPO grezzi e pertanto nell'interpretazione dei risultati occorre tenere conto di tale evidenza. Per migliorare il livello di confronto tra le diverse regioni, già evidenziato nelle pubblicazioni degli anni precedenti, e per avere una misura diretta di quanto la diversa composizione della casistica trattata possa influenzare il risultato, la DMPO grezza del 2005 è stata confrontata anche con la DMPO standardizzata per il *case mix* trattato nelle singole regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per individuare le migliori *performance* mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio.

Descrizione dei risultati

La tabella 1 riporta i valori di DMPO grezzi rilevati dal 2002 al 2005. L'analisi dei risultati deve pertanto

tenere conto dei limiti evidenziati in precedenza, soprattutto quando si confrontano tra loro i risultati delle diverse regioni. Al contrario il confronto della serie temporale riferita a ciascuna regione, fondato su dati rilevati da casistiche più omogenee, è senz'altro meno influenzato da tale *bias* e quindi consente interpretazioni maggiormente significative.

In generale la ricerca di efficienza successiva all'aziendalizzazione del SSN ha determinato una forte riduzione della DMPO già negli anni antecedenti a quelli considerati. Nel periodo in esame la DMPO del livello nazionale registra una riduzione di entità assolutamente modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento, da 2,13 giorni nel 2002 a 2,04 nel 2005 (tabella 1).

Il range dei valori risulta sempre molto elevato ed aumenta nei diversi anni, ad eccezione del 2004. Nel 2005 il range della DMPO grezza è pari a 1,84 giorni (1,28 del Friuli-Venezia Giulia contro 3,12 del Lazio). Questi dati mettono in evidenza che i risultati raggiunti non sono uniformi nel territorio nazionale e che persistono tuttora rilevanti differenze regionali, sebbene tra l'anno 2002 e l'anno 2005 sia evidente una progressiva, seppure lieve, riduzione della DMPO in quasi tutte le regioni considerate, con eccezioni significative per le Province Autonome di Bolzano e Trento ed il Lazio (grafico 1).

La standardizzazione per il *case mix* effettuata sui dati 2005 modifica in modo sensibile il confronto tra le diverse realtà regionali (tabella 2 e grafico 2). Il range cresce oltre i due giorni (1,27 del Friuli-Venezia Giulia contro 3,28 del Lazio), i valori di DMPO si

riducono in otto regioni del Centro-Nord e peggiorano in Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, Marche, Lazio e in tutte le regioni del Sud. L'analisi dimostra che dieci regioni presentano valori di DMPO superiori alla media nazionale (Liguria, Lazio e tutte le regioni del Sud) e che, ad eccezione della Liguria, la standardizzazione penalizza in modo significativo le loro *performance*, aumentando ulteriormente il divario rispetto al valore medio. I dati rilevati da una

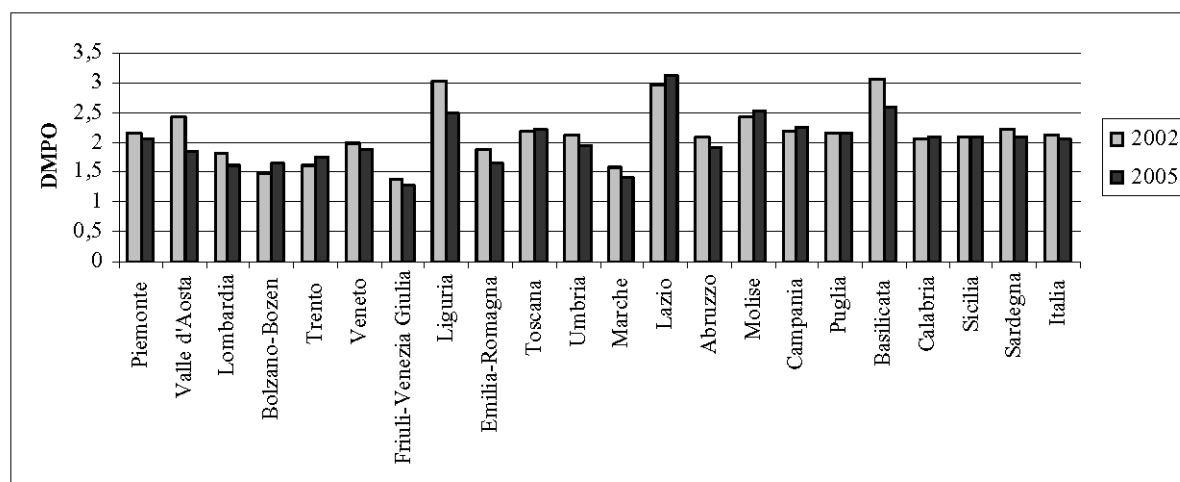
parte confermano l'efficacia delle misure adottate in alcune regioni, in particolare del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri ed al contempo per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale, dall'altra mettono in evidenza gli effettivi margini di miglioramento per le regioni che non hanno ancora adottato misure in tal senso.

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) grezza in regime di ricovero ordinario e variazione (assoluta e percentuale) per regione – Anni 2002-2005

Regioni	2002	2003	2004	2005	Δ assoluta 2002-2005	Δ % 2002-2005
Piemonte	2,17	2,09	2,01	2,04	-0,13	-5,99
Valle d'Aosta	2,42	2,35	2,10	1,84	-0,58	-23,97
Lombardia	1,83	1,72	1,61	1,61	-0,22	-12,02
Bolzano-Bozen	1,49	1,47	1,56	1,64	0,15	10,07
Trento	1,62	1,72	1,69	1,74	0,12	7,41
Veneto	2,00	1,92	1,89	1,89	-0,11	-5,50
Friuli-Venezia Giulia	1,39	1,32	1,29	1,28	-0,11	-7,91
Liguria	3,03	3,10	2,58	2,48	-0,55	-18,15
Emilia-Romagna	1,88	1,78	1,71	1,64	-0,24	-12,77
Toscana	2,19	2,19	2,24	2,23	0,04	1,83
Umbria	2,13	2,06	2,08	1,94	-0,19	-8,92
Marche	1,58	1,55	1,48	1,43	-0,15	-9,49
Lazio	2,96	2,89	2,89	3,12	0,16	5,41
Abruzzo	2,07	1,95	1,91	1,92	-0,15	-7,25
Molise	2,42	2,41	2,32	2,51	0,09	3,72
Campania	2,20	2,27	2,35	2,25	0,05	2,27
Puglia	2,16	2,17	2,19	2,16	0,00	0,00
Basilicata	3,05	3,06	2,71	2,58	-0,47	-15,41
Calabria	2,04	2,04	2,05	2,07	0,03	1,47
Sicilia	2,10	2,15	2,12	2,10	0,00	0,00
Sardegna	2,23	2,31	2,32	2,08	-0,15	-6,73
Italia	2,13	2,09	2,04	2,04	-0,09	-4,23

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - Degenza media preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario per regione – Anni 2002-2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tabella 2 - DMPO (grezza e standardizzata per case mix) in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005

Regioni	Grezza	Std
Piemonte	2,04	1,92
Valle d'Aosta	1,84	1,86
Lombardia	1,61	1,64
Bolzano-Bozen	1,64	1,77
Trento	1,74	1,68
Veneto	1,89	1,80
Friuli-Venezia Giulia	1,28	1,27
Liguria	2,48	2,10
Emilia-Romagna	1,64	1,60
Toscana	2,23	1,96
Umbria	1,94	1,76
Marche	1,43	1,48
Lazio	3,12	3,28
Abruzzo	1,92	2,13
Molise	2,51	2,64
Campania	2,25	2,63
Puglia	2,16	2,45
Basilicata	2,58	2,60
Calabria	2,07	2,52
Sicilia	2,10	2,24
Sardegna	2,08	2,39
Italia	2,04	2,04

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

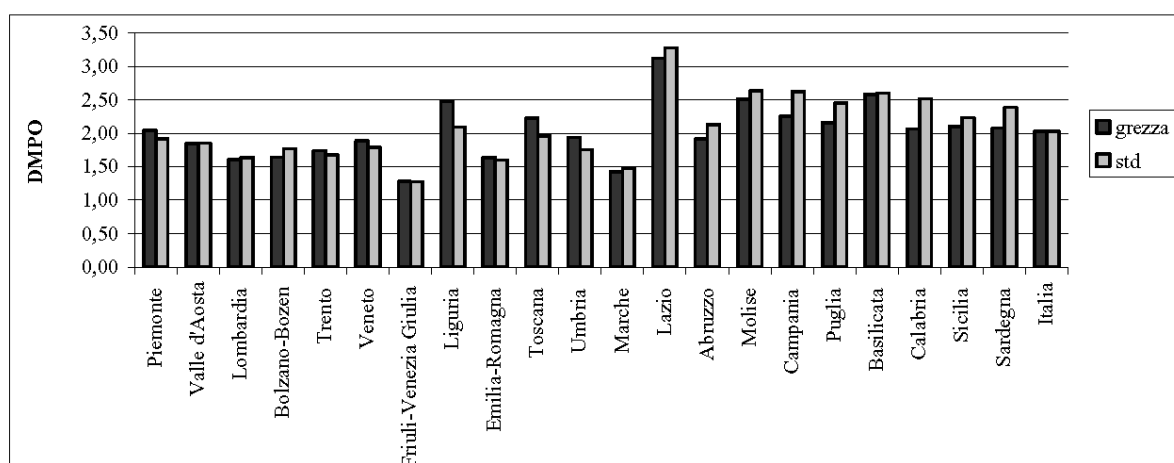
I dati di DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che i ricoveri urgenti. Una attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri pro-

grammati 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, l'analisi della serie storica presentata sembra mostrare che il maggior contributo alla riduzione della degenza media per i ricoveri chirurgici sia dato dalla riduzione della degenza post intervento. 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 più frequenti DRG chirurgici.

Grafico 2 - DMPO (grezza e standardizzata per case mix) in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Degenza media pre-operatoria per alcuni DRG in ricovero ordinario

Significato. L'indicatore analizza la Degenza Media Preoperatorie (DMPO) relativa al DRG 162 (Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 senza complicanze), 198 (Colecistectomia 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 ordinari

Numeratore Giornate di degenza preoperatoria per alcuni DRG chirurgici (162, 198, 209, 232)

Denominatore Dimissioni con DRG chirurgico

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 sul complesso della 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 molto significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso preoperatorio DRG specifico.

Descrizione dei risultati

La tabella 1 ed il grafico 1 illustrano i valori nazionali di DMPO rilevati nel periodo 2002-2005 per tutti i dimessi con DRG chirurgico e con i DRG selezionati (162, 198, 209 e 232).

Nel periodo in esame si rileva una costante diminuzione della DMPO per tutti i DRG considerati, segno dell'attenzione posta ai diversi livelli del sistema per otti-

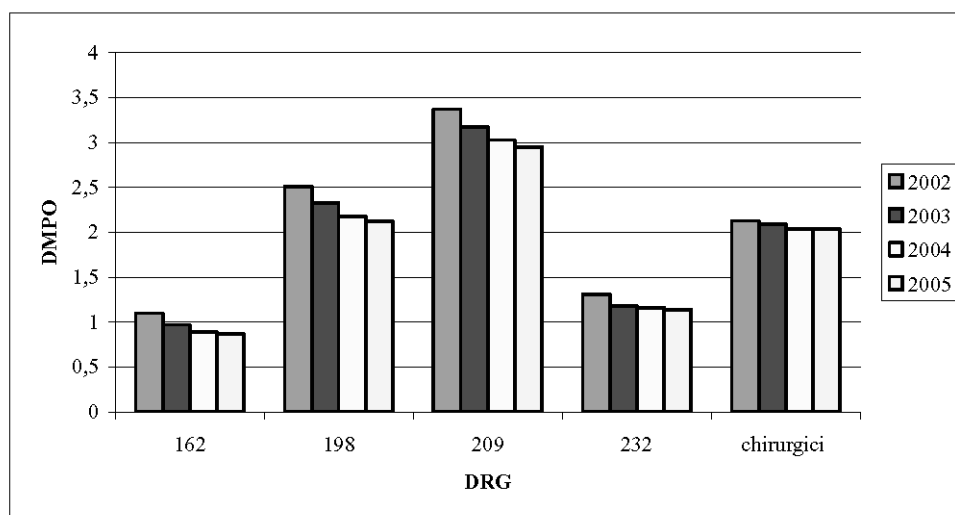
mizzare almeno i percorsi preoperatori e/o la fase di pre-ospedalizzazione delle principali patologie chirurgiche gestibili attraverso un ricovero programmato. Anche per il 2005 la riduzione di DMPO dei DRG esaminati risulta significativa in senso assoluto rispetto all'anno precedente, in specie se si considera che nello stesso periodo il valore riferito a tutti i DRG chirurgici non ha fatto registrare alcun miglioramento. La tabella 2 analizza, per regione, la DMPO dei dimessi nel 2005 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 Nord e Sud. La regione Friuli-Venezia Giulia registra, analogamente al 2004, 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* ed il trend di miglioramento è abbastanza costante. Quindi 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.

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per alcuni DRG chirurgici - Anni 2002-2005

Regioni	2002	2003	2004	2005	Δ assoluta 2002-2005	Δ % 2002-2005
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	1,10	0,97	0,89	0,87	0,23	-20,91
198 - Colectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	2,51	2,33	2,18	2,12	0,39	-15,54
209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	3,37	3,17	3,03	2,95	0,42	-12,46
232 - Artroscopia	1,31	1,18	1,16	1,14	0,17	-12,98
DRG chirurgici	2,13	2,09	2,04	2,04	0,09	-4,23

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

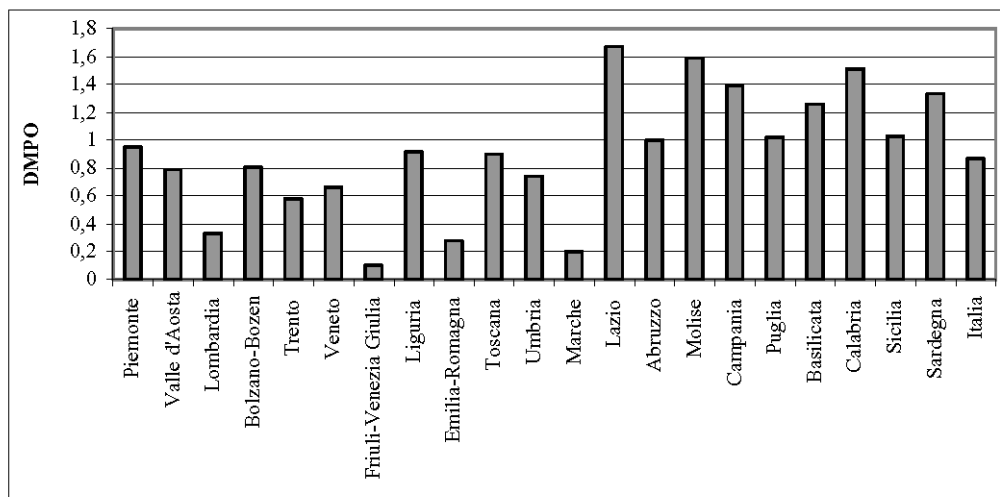
Grafico 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per alcuni DRG chirurgici - Anni 2002-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

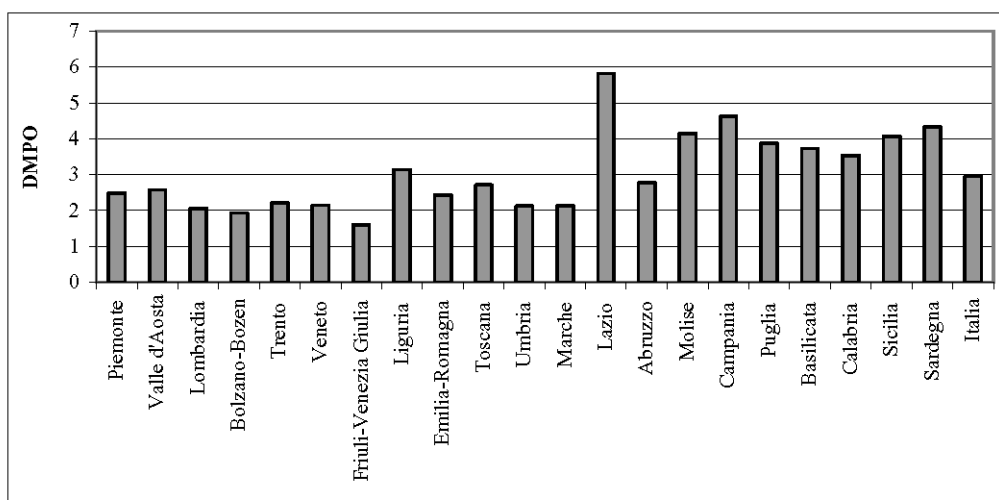
Tabella 2 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per regione e alcuni DRG chirurgici - Anno 2005

Regioni	DRG			
	162	198	209	232
Piemonte	0,95	2,31	2,49	1,38
Valle d'Aosta	0,79	2,22	2,58	0,00
Lombardia	0,33	1,56	2,06	0,45
Bolzano-Bozen	0,81	1,29	1,92	0,60
Trento	0,58	0,87	2,21	0,83
Veneto	0,66	1,46	2,15	1,06
Friuli-Venezia Giulia	0,10	0,76	1,60	0,18
Liguria	0,92	1,67	3,15	2,00
Emilia-Romagna	0,28	1,41	2,43	0,85
Toscana	0,90	2,55	2,72	1,05
Umbria	0,74	1,85	2,12	0,92
Marche	0,20	1,76	2,13	0,43
Lazio	1,67	3,18	5,82	2,64
Abruzzo	1,00	2,26	2,76	1,10
Molise	1,59	2,94	4,14	1,40
Campania	1,39	2,46	4,63	1,55
Puglia	1,02	2,75	3,87	1,35
Basilicata	1,26	2,45	3,73	1,03
Calabria	1,51	3,15	3,54	1,54
Sicilia	1,03	2,12	4,07	1,80
Sardegna	1,33	2,60	4,34	1,39
Italia	0,87	2,12	2,95	1,14

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 2 - Degenza media preoperatoria per il DRG 162 in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 3 - Degenza media preoperatoria per il DRG 209 in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

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, alcune 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 assi-

curare una efficace ed attiva gestione del percorso preoperatorio in regime ambulatoriale. Differenze regionali anomale e DMPO prossime al doppio dei valori medi nazionali, soprattutto per le regioni del Centro-Sud (grafici 2 e 3), oltre che denotare un uso inefficiente delle strutture di ricovero, gravano sui pazienti esponendoli inutilmente a disagi e 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 DRG medici a rischio di inapproprietezza

Significato. L'indicatore verifica l'entità di utilizzo del Day Hospital (DH) rispetto al ricovero ordinario per i 26 DRG Medici elencati nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001 e definiti "ad alto rischio di inapproprietezza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'indicatore consente pertanto di monitorare direttamente il raggiungimento dei valori soglia fissati dalle singole regioni rispetto alla percentuale di trasferimento in DH dei DRG in esame, come previsto da specifiche indicazioni contenute in un successivo accordo della Conferenza Stato-Regioni del 1 Agosto 2002.

È opportuno sottolineare che, in coerenza con le indicazioni dello stesso DPCM, diverse regioni hanno ampliato la gamma dei DRG "potenzialmente inappropriati" che le strutture sanitarie possono trattare in un *setting* assistenziale diverso dal ricovero ordinario 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 e non consente di valutare compiutamente il fenomeno dei ricoveri medici impropri, poiché è influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di dimissione ospedaliera (TD) ed i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service. In assenza di dati attendibili sull'attività ambulatoriale la relazione tra la percentuale di Day Hospital ed il tasso di dimissione standardizzato per età (TDS) per i DRG in esame può fornire sia una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in funzione della complessiva riduzione dei ricoveri considerati, sia consentire una valutazione della reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatezza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG.

Percentuale di ricoveri per DRG medici a rischio di inapproprietezza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere in Day Hospital*}}{\text{Dimissioni ospedaliere in Ricovero ordinario e in Day Hospital*}} \times 100$$

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici a rischio di inapproprietezza**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (Ricovero ordinario + Day Hospital)*}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

*Per i 26 DRG medici considerati.

**La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Dopo l'emanazione del DPCM sui LEA del 29 novembre 2001 tutte le regioni hanno individuato, sebbene con tempi diversi, i valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i DRG che l'allegato 2C considera "ad alto rischio di inapproprietezza". I valori soglia individuati a livello delle singole regioni sono tuttavia sensibilmente differenti. Tale variabilità è dovuta alle diverse caratteristiche e agli orizzonti temporali delle azioni messe in campo per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero che hanno condizionato sia la scelta degli obiettivi che i risultati conseguibili nel breve periodo. Inoltre alcune regioni che hanno introdotto ulteriori limitazioni dell'ammissibilità dei ricoveri ordinari, in molti casi hanno esteso gli interventi alla rete distrettuale, prevedendo azioni e percorsi per trasferire attività e prestazioni tipiche dei DRG considerati in un contesto extradegenza ospedaliera (ambulatorio, Day Service).

Nella presente sezione saranno illustrati, mediante il confronto 2004-2005, i dati relativi alla percentuale di Day Hospital ed al tasso di dimissione standardizzato delle diverse regioni riguardo il set dei DRG medici ad elevato rischio di inapproprietezza. La percentuale del ricovero in Day Hospital consente di valutare l'appropriatezza del *setting* assistenziale mentre il confronto con i rispettivi tassi di ospedalizzazione nei periodi considerati rende immediatamente evidente per ogni regione l'impatto delle azioni attuate in termini di ricoveri complessivamente "risparmiati".

Valore di riferimento/Benchmark. A causa dell'interdipendenza dei due parametri considerati il valore medio nazionale rilevato non fornisce una misura di riferimento assoluta. Si ipotizza un valore di riferimento ottimale caratterizzato da un basso tasso di dimissione ed una elevata percentuale di Day Hospital.

Descrizione dei risultati

Per migliorare l'appropriatezza organizzativa dell'ospedale 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. Gli interventi attuati presentano pertanto caratteristiche e importanza di grado diverso anche se riconducibili ad alcune fondamentali categorie (come ad esempio: abbattimenti tariffari dei DRG/LEA, adozione di sistemi di controllo esterno, coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, sviluppo di programmi per il trasferimento nel regime ambulatoriale di prestazioni specialistiche complesse, disincentivazione economica in rapporto alle soglie di ammissibilità, etc.). Le stesse soglie di ammissibilità in ricovero ordinario stabilite a livello regionale, come già sottolineato, sono state individuate con criteri e modalità differenti e quindi devono indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà regionali.

Il confronto 2004-2005 relativo a tutti i ricoveri attribuiti ai 26 DRG medici a rischio di inapproprietezza dimostra che a distanza di oltre 4 anni tali ricoveri continuano a diminuire in coerenza con le indicazioni poste dal DPCM 29/11/2001, seppure con risultati non uniformi in tutto il paese (tabella 1, grafici 1 e 2).

A livello nazionale il tasso di dimissione (TD) per 1.000 abitanti per i DRG medici LEA diminuisce passando da 25,68 del 2004 a 24,84 del 2005. Tutte le regioni del Centro-Nord, tranne la Provincia Autonoma di Bolzano, Liguria e Lazio, presentano TD per i DRG in esame inferiori alla media nazionale, mentre tutte le regioni del Sud mostrano una distribuzione di segno opposto. La variabilità del TDS resta elevata anche nel 2005 ed il range è compreso tra 9,45 dimissioni per 1.000 abitanti della Valle d'Aosta e 41,17 della Sicilia. Complessivamente tutte le regioni fanno registrare una diminuzione del TDS ad eccezione del Lazio e della Campania che incrementano tale parametro, anche grazie al contributo di un anomalo aumento dei ricoveri in DH.

L'andamento nazionale dei trasferimenti in regime di Day Hospital nell'anno 2005 è di segno positivo con una percentuale che si attesta intorno al 42% ed una crescita rispetto all'anno precedente del 4,30%. La variabilità regionale risulta molto ampia con valori distribuiti in modo non omogeneo intorno alla media (range compreso tra 15,05% della PA di Trento e 59,44% della Liguria). Quindici regioni registrano valori più bassi della media nazionale mentre soltanto sei presentano valori superiori (Liguria, Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia). In tutte le regioni, ad eccezione di Piemonte, PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Sardegna, è aumentata in modo variabile la percentuale di utilizzo del DH per i DRG /LEA in esame (tabella 1).

L'analisi congiunta dei tassi di dimissioni ospedaliere standardizzati per i DRG medici a rischio di inapproprietezza e della percentuale di questi ricoveri effettuata in Day

Hospital, considerando come valori di riferimento i dati nazionali del 2005, fornisce 4 diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti e i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (grafico 2):

1) le regioni che associano un TDS superiore e % di utilizzo del DH inferiore rispetto alla media nazionale esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni del DPCM 2001. Ad un utilizzo improprio ed ampio del regime di ricovero ordinario si aggiunge un eccesso di ospedalizzazione che dovrebbe essere in qualche modo contrastato con azioni rivolte sia al contenimento della domanda di ricovero sia al potenziamento di servizi diagnostici ed assistenziali alternativi. In questa situazione si trovano 4 regioni (Abruzzo, Molise, Puglia e Sardegna), mentre la PA di Bolzano risulta francamente anomala solo per la bassa % di utilizzo del DH;

2) le regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TDS e % di utilizzo del DH superiori rispetto alla media nazionale esprimono un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, in specie diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Liguria, Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia registrano un andamento in tal senso che dovrebbe indurre a porre particolare attenzione oltre che alla riduzione della domanda di ricovero all'effettiva utilità ed appropriatezza d'uso del Day Hospital;

3) nessuna regione presenta una situazione teoricamente ottimale, con TDS inferiore e % di DH superiore alla media nazionale. A tale condizione, che esprimerebbe un ricorso minimo al ricovero in degenza ordinaria per il set dei DRG medici/LEA ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, si avvicinano concretamente alcune delle regioni comprese nel gruppo successivo, in particolare Piemonte e Toscana;

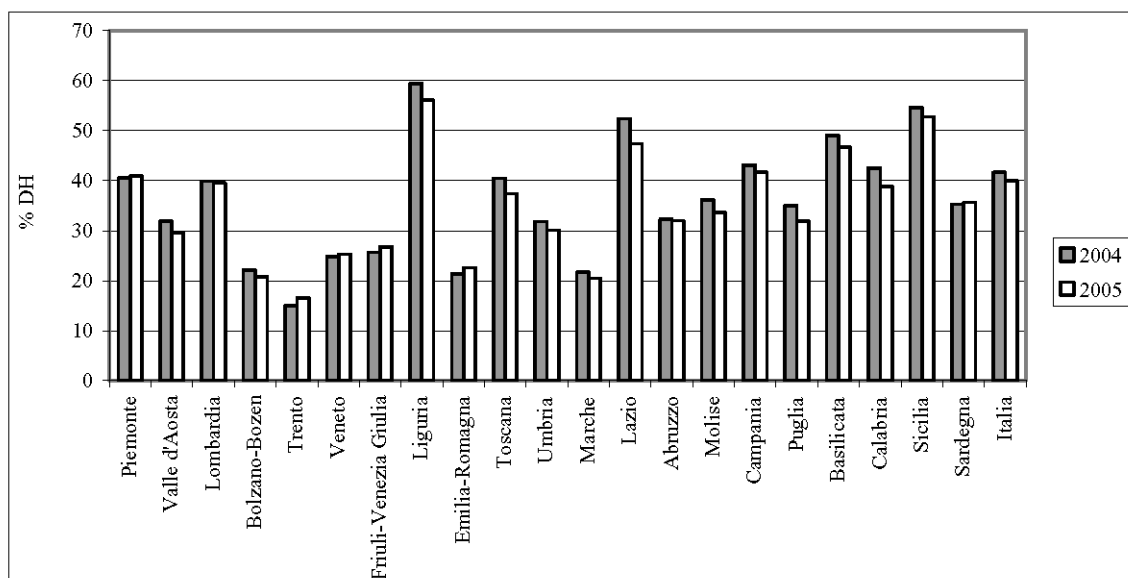
4) le regioni che presentano un TDS e una % di DH inferiore alla media nazionale dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inapproprietezza dei ricoveri. Le azioni intraprese hanno probabilmente interessato oltre che il settore ospedaliero anche l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi sul tipo del Day Service. Fanno parte di questo gruppo circa la metà delle regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche). È evidente che in queste realtà l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inapproprietezza 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 rivolte in questa direzione.

Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) e percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatazza, per regione - Anni 2004, 2005

Regioni	Tasso standardizzato			% Casi DH		
	2004	2005	Δ %	2004	2005	Δ %
Piemonte	13,05	11,91	-8,74	40,90	40,51	-0,95
Valle d'Aosta	10,53	9,45	-10,26	29,50	31,91	8,17
Lombardia	21,97	21,50	-2,14	39,60	39,87	0,68
Bolzano-Bozen	28,72	26,08	-9,19	20,80	22,12	6,35
Trento	15,28	14,49	-5,17	16,50	15,05	-8,79
Veneto	15,51	14,57	-6,06	25,30	24,83	-1,86
Friuli-Venezia Giulia	10,75	10,62	-1,21	26,80	25,69	-4,14
Liguria	28,93	26,65	-7,88	56,10	59,44	5,95
Emilia-Romagna	13,72	12,79	-6,78	22,60	21,38	-5,40
Toscana	12,78	12,27	-3,99	37,40	40,51	8,32
Umbria	21,12	18,04	-14,58	30,10	31,85	5,81
Marche	13,50	12,41	-8,07	20,50	21,69	5,80
Lazio	33,36	34,71	4,05	47,40	52,39	10,53
Abruzzo	42,17	40,33	-4,36	32,00	32,27	0,84
Molise	37,05	36,06	-2,67	33,60	36,16	7,62
Campania	36,65	37,12	1,28	41,70	43,11	3,38
Puglia	30,51	29,92	-1,93	31,90	35,01	9,75
Basilicata	29,72	27,14	-8,68	46,70	49,06	5,05
Calabria	37,39	35,23	-5,78	38,90	42,55	9,38
Sicilia	44,05	41,17	-6,54	52,80	54,61	3,43
Sardegna	37,17	35,54	-4,38	35,70	35,28	-1,18
Italia	25,68	24,84	-3,27	40,00	41,72	4,30

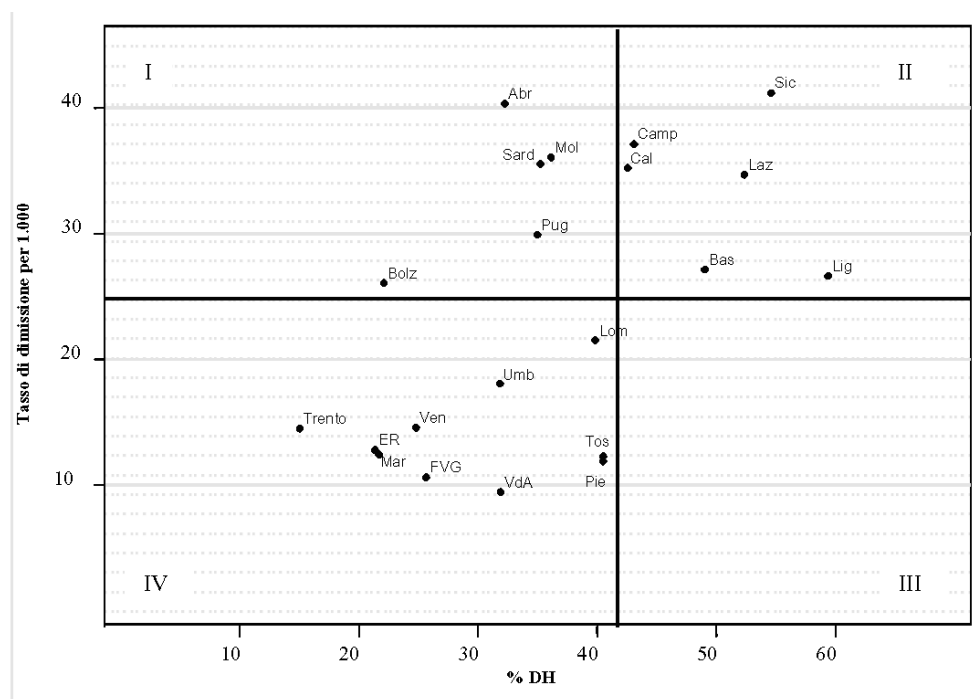
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatazza per regione - Anni 2004, 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 2 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital e tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione – Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi svolta conferma che le indicazioni del DPCM 29/11/2001, sebbene in larga massima rispettate ed in molti casi positivamente superate grazie all'adozione di efficaci politiche volte a contrastare il fenomeno dell'inappropriato uso dell'ospedale, in alcune regioni (quelle del primo e del secondo gruppo-grafico 2) non hanno ancora sortito l'effetto atteso. Comunque il trend generale 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 al fine di perseguire un effettivo miglioramento del *setting* assistenziale per i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza sono ancora attuali e mantengono 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 determi-

nanti dell'inappropriatezza dei ricoveri.

Rispetto a questo ultimo aspetto il confronto dei dati 2004-2005 conferma definitivamente che in 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 TDS 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, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno considerare anche il tasso di dimissione 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'appropriatezza dei ricoveri.

In termini di programmazione occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato-Regioni che abbassa a 180 per 1.000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale e che sia valutata l'opportunità che in tutte le regioni i

DH di tipo medico siano sempre più sostituiti da modelli di organizzazione sul tipo del Day Service, in quanto 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 essere opportuno prevedere ulteriori riduzioni tariffarie per le prestazioni erogate in regime di Day Hospital 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. Assicurare un uso appropriato dei servizi rappresenta uno degli obiettivi prioritari del nostro sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie. 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

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

Numeratore: Dimissioni ospedaliere con 1 solo giorno di degenza con DRG medico
 Denominatore: Dimissioni ospedaliere con DRG medico

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 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 di base per un adeguato confronto mentre il più basso tra i valori rilevati (6,4%) fornisce una misura concreta dei potenziali margini di miglioramento.

Descrizione dei risultati

I ricoveri medici di un giorno effettuati nel 2005 in degenza ordinaria a livello nazionale sono stati oltre 573 mila, l'11,8% del totale dei ricoveri. Il confronto degli ultimi tre anni mostra una riduzione del 5,6% del numero assoluto dei ricoveri di un giorno (circa 32.000 ricoveri tra il 2005 e

il 2003), cui si contrappone un consistente incremento, pari al 12,3%, della proporzione tra ricoveri di un giorno e ricoveri complessivi (dal 10,5% del 2003 all'11,8% del 2005). L'analisi dei dati dimostra pertanto che la forte contrazione dei ricoveri ordinari registrata negli ultimi anni, diretta conseguenza delle azioni avviate per migliorare l'appropriatezza organizzativa attraverso la scelta di *setting* assistenziali alternativi, ha interessato solo in minima parte i ricoveri di un giorno, segno che permangono quasi invariate le condizioni che determinano tale fenomeno (tabella 1 e grafico 1). Rispetto all'indicatore oggetto di analisi tutte le regioni hanno migliorato o mantenuto costanti le proprie *performance* rispetto all'anno precedente ad eccezione della Valle d'Aosta, Abruzzo, Campania e Sardegna che presentano risultati peggiori (grafico 1). Si rilevano ancora forti differenze regionali ed una accentuata variabilità (il range è compreso tra il 6,4 % del Veneto e il 25,9% della Campania) che peraltro tende ad accentuarsi rispetto al passato. Il dato della Campania, storicamente anomalo, registra un peggioramento sia nel numero assoluto che nella quota relativa di ricoveri di un giorno in tutti e tre gli anni considerati. In questa regione anche nel 2005 più di un ricovero di tipo ordinario ogni quattro si conclude con una degenza di un solo giorno. Il dato dovrebbe indurre ulteriori e approfondite analisi del contesto organizzativo per comprendere se tale eccesso di ospedalizzazione impropria sia da ascrivere ad un'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, oppure ad entrambi i fattori. Nel 2005 sei regioni (PA di Bolzano, Umbria, Abruzzo, Campania, Calabria e Sardegna) presentano percentuali di ricoveri medici di un giorno in degenza ordinaria superiori alla media nazionale, in analogia a quanto rilevato nell'anno precedente (tabella 1 e grafico 1). Un elevato numero di ricoveri medici di un giorno effettuati in regime di degenza ordinaria incide sul tasso di ospedalizzazione. Il grafico 2, che mette in relazione l'indicatore oggetto di analisi con il tasso di ospedali-

zazione per i ricoveri ordinari, standardizzato sulla popolazione del 2001, fornisce una chiara evidenza del contributo fornito dai ricoveri potenzialmente inappropriati agli scostamenti rilevati, specie nelle regioni del Sud, per tale parametro della programmazione ospedaliera. Tutte le regioni con valori dell'indicatore superiori alla media nazionale fanno registrare anche elevati tassi di ospedalizzazione (gruppo 2), ad eccezione dell'Umbria che fa registrare un basso tasso di ospedalizzazione (gruppo 1). Lo stesso grafico mette in evidenza che in 10 regioni (del Centro-Nord) ad una proporzione di ricoveri di un giorno

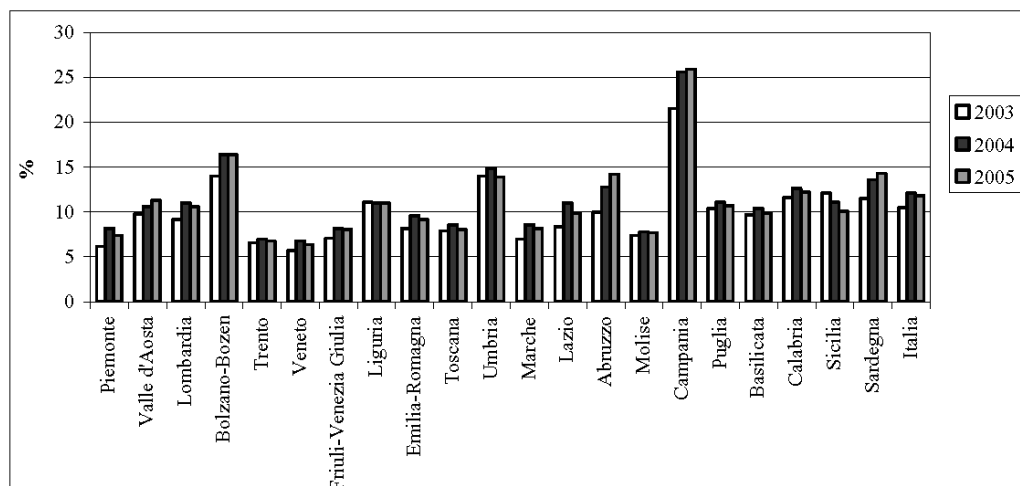
inferiore alla media nazionale corrisponde un altrettanto basso tasso di ospedalizzazione (gruppo 4). Cinque regioni presentano invece una quota di ricoveri di un giorno relativamente bassa ed un tasso di ospedalizzazione superiore alla media nazionale (Basilicata, Lazio, Sicilia, Puglia, e Molise) (gruppo 3). In tali realtà è probabile che, in assenza di azioni correttive specifiche, la quota di ricoveri di un giorno sarà destinata ad aumentare oltre i valori soglia nel momento in cui saranno intraprese efficaci azioni per contrastare con decisione il fenomeno dell'eccesso di ospedalizzazione.

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere con un solo giorno di degenza (valori assoluti e percentuali) in regime di ricovero ordinario e DRG medico per regione - Anni 2003-2005

Regioni	2003		2004		2005	
	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%
Piemonte	18.736	6,2	19.409	8,2	18.413	7,4
Valle d'Aosta	1.005	9,8	827	10,6	900	11,3
Lombardia	74.943	9,2	76.156	11,0	75.006	10,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>8.195</i>	<i>14,0</i>	<i>7.767</i>	<i>16,4</i>	<i>7.826</i>	<i>16,4</i>
<i>Trento</i>	<i>2.818</i>	<i>6,6</i>	<i>2.280</i>	<i>7,0</i>	<i>2.312</i>	<i>6,8</i>
Veneto	23.079	5,7	21.799	6,8	21.008	6,4
Friuli-Venezia Giulia	7.060	7,1	6.512	8,2	6.697	8,1
Liguria	18.624	11,1	14.834	11,0	14.869	11,0
Emilia-Romagna	31.801	8,2	30.138	9,6	29.644	9,2
Toscana	25.982	7,9	22.981	8,6	21.655	8,1
Umbria	11.990	14,0	10.595	14,8	9.942	13,9
Marche	9.870	7,0	9.914	8,6	9.482	8,2
Lazio	45.913	8,4	52.518	11,0	46.904	9,9
Abruzzo	17.874	10,0	21.053	12,8	23.753	14,2
Molise	3.055	7,4	2.863	7,8	2.965	7,7
Campania	130.285	21,5	134.214	25,6	137.950	25,9
Puglia	50.566	10,4	44.813	11,1	43.955	10,7
Basilicata	5.514	9,7	4.925	10,4	4.748	9,9
Calabria	26.265	11,6	24.655	12,6	23.421	12,2
Sicilia	71.753	12,1	56.124	11,1	48.545	10,1
Sardegna	21.019	11,5	22.224	13,6	23.959	14,3
Italia	606.347	10,5	586.601	12,1	573.954	11,8

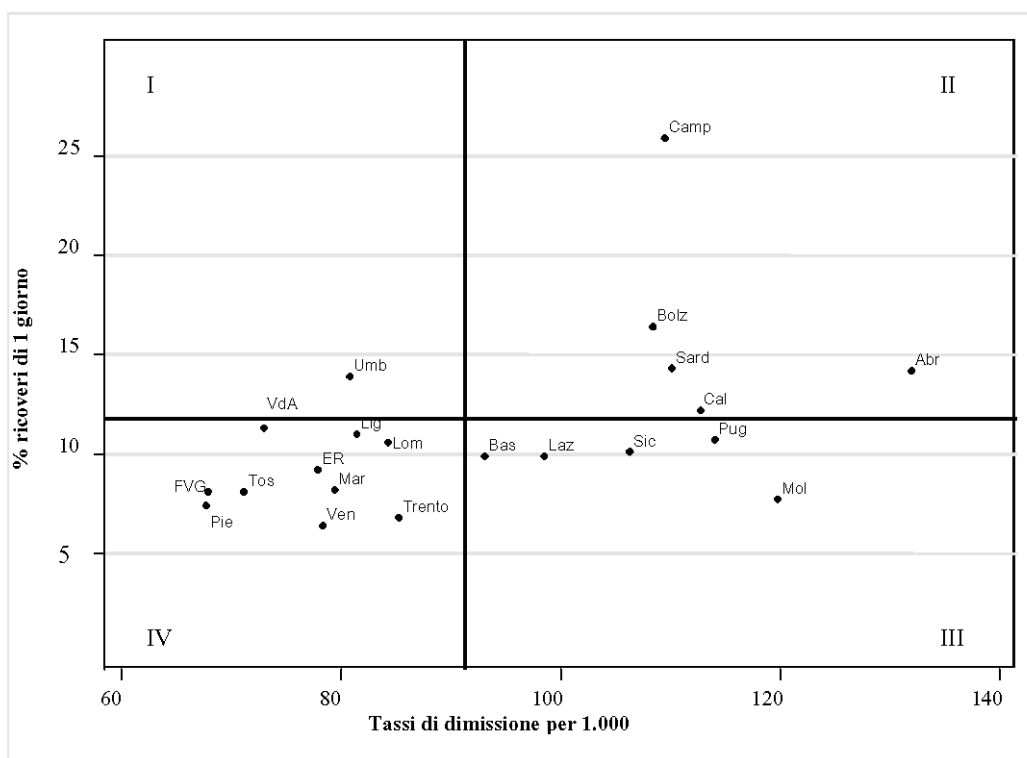
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - Dimissioni (per 100) con DRG medico con un solo giorno di degenza in regime ordinario per regione - Anni 2003-2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici e ricoveri di un giorno (per 100) – Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Contrastare l'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 dalla programmazione nazionale, può consentire, senza modificare nella sostanza i livelli prestazionali ed 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 dell'elevato numero di ricoveri medici di un solo giorno è certamente dipendente dal comportamento dei clinici, ma quasi sempre concorrono 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 comporta-

menti virtuosi e/o penalizzano in modo insufficiente l'inappropriato uso della degenza ordinaria. La correzione di queste anomalie impone alle regioni di migliorare l'analisi delle cause alla radice del fenomeno al fine di promuovere, in coerenza con le indicazioni del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, specifici 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 alcune patologie a bassa complessità ed elevata incidenza e, nei casi limite, dall'eventuale introduzione di forti disincentivi economici per le strutture che presentano valori oltre soglie definite.

Valutazione della mobilità sanitaria per peso di DRG

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

Contesto

Lo studio della mobilità è uno strumento utile sia per la valutazione dell'utilizzazione delle strutture che per la definizione delle aree in cui si possono verificare carenze nell'offerta ed è paragonabile agli studi di marketing effettuati dalle società private: i pazienti, infatti, scegliendo un luogo di cura al di fuori della propria regione di residenza, giudicano implicitamente le strutture della loro regione in maniera negativa e valutano in maniera positiva le strutture della regione di ricovero (1).

Gli studi sulla mobilità generale, se da un lato sono assai utili al fine di descrivere sommariamente la capacità di una regione di soddisfare la propria domanda interna di ricoveri, dall'altro risultano essere troppo generici per basarvi interventi specifici di riorganizzazione dell'offerta assistenziale.

Migliori indicazioni in questo senso possono, invece, derivare da uno studio della mobilità sanitaria in funzione del peso del DRG del ricovero che ha causato lo spostamento (2): tanto minore sarà la complessità della patologia per cui si abbandona la propria regione, tanto minore sarà la fiducia riposta nel servizio sanitario della propria regione e tanto maggiore sarà la differenza percepita tra i sistemi sanitari delle due regioni. Le informazioni desunte da tale analisi potrebbero essere di valido aiuto per individuare le aree di intervento per aumentare il livello di competitività di un servizio sanitario: se sarà necessario solo implementare l'offerta sanitaria specialistica più avanzata (nel caso di fughe solo per le patologie più complesse) oppure se saranno necessari interventi strutturali più pesanti (nel caso di fughe generalizzate che interessino anche i DRG di minore complessità).

Metodi

Preliminarmente abbiamo classificato i DRG in tre gruppi in relazione al loro peso (3,4):

1. DRG a bassa complessità (peso inferiore a 1; 261 DRG);
2. DRG a media complessità (peso superiore a 1 ma inferiore a 2,5; 178 DRG);
3. DRG ad alta complessità (peso superiore a 2,5; 67 DRG).

Per ognuna di queste classi di complessità, utilizzando i dati forniti dal Ministero della Salute relativi ai ricoveri ospedalieri avvenuti in Italia nell'anno 2005, si sono definiti i flussi di pazienti in entrata e in uscita da ciascuna delle 21 regioni e per ogni classe di complessità si è costruito un Nomogramma di Gandy (5).

Il nomogramma di Gandy utilizzato per la rappresentazione grafica del fenomeno sintetizza 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 indica, dunque, contemporaneamente quanto una regione abbia saputo dare risposta ai bisogni di salute della propria popolazione e quanto sia stata in grado di attrarre pazienti da altre regioni. Dal confronto delle prestazioni ottenute da ciascuna regione in ciascuna delle tre classi in cui abbiamo diviso la mobilità sanitaria si può dedurre per quali DRG si generano maggiori flussi percentuali di pazienti e, regione per regione, valutare fino a quanto i residenti si fidano del servizio sanitario della propria regione.

Risultati e Discussione

Tutte le regioni soddisfano al loro interno la maggior parte della domanda di ricovero proveniente dai loro residenti in tutte e tre le categorie di peso di DRG in cui abbiamo diviso i ricoveri.

Nonostante questo si possono evidenziare differenze, anche importanti, tra le *performances* delle diverse regioni, che si fanno più evidenti con l'aumentare della complessità dei ricoveri.

Se, infatti, per i ricoveri a bassa complessità si ha una distribuzione dei flussi migratori che ricalca abbastanza fedelmente quanto è emerso in precedenti indagini sulla mobilità generale (6), nei ricoveri a più alta complessità emergono delle differenze assai più evidenti.

Già a livello nazionale si rileva una progressiva diminuzione della percentuale di soddisfacimento interno della domanda di ricovero, con una percentuale di ricoveri effettuati all'interno della regione di residenza che passa dal 93,4% per i ricoveri a bassa complessità al 92,7% per i ricoveri a media complessità, fino ad assestarsi sull'89% per i ricoveri a più alta complessità.

Questo dimostra già a livello "macro" un aumento della propensione ad abbandonare la propria regione di residenza all'aumento della complessità del ricovero.

Tale tendenza è confermata anche a livello "micro", dove le percentuali di fuga aumentano in tutte le regioni all'aumentare della complessità. L'incremento delle fughe è assai minore in quelle regioni che tendenzialmente hanno un miglior soddisfacimento interno della domanda: Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio sono le regioni che mantengono tale indicatore al di sotto del 10% in tutte e tre le categorie di ricoveri. La Lombardia, ottiene il risultato migliore, essendo l'unica regione a limitare al di sotto del 5% le fughe in tutte le classi di ricovero. Le due regioni insulari, che pure nei ricoveri a più bassa complessità fanno registrare valori inferiori al 4%, vedono aumentare considerevolmente le fughe per i ricoveri più complessi (entrambe al di sopra dell'11%), facendo supporre che sia la particolare posizione geografica a limitare le fughe per i ricoveri meno complessi. La Provincia Autonoma di Trento, la Valle d'Aosta, il Molise, la Basilicata e la Calabria fanno, invece, registrare gli aumenti più vistosi, superando il 30% di abbandoni nella categoria a più alta complessità. Percentuali così elevate, e superiori di circa 15 punti percentuali alla meno performante delle altre regioni (Marche), sono forse esplicabili dalla mancanza nelle regioni sopra indicate di strutture specialistiche in grado di rispondere alla domanda di interventi maggiormente complessi (tabella 1). Il confronto delle percentuali delle attrazioni nelle tre classi di complessità mostra variazioni meno evidenti rispetto al confronto delle percentuali di fuga: passando dai ricoveri a bassa complessità a quelli a media ed alta complessità si registra nella maggior parte delle regioni un aumento della percentuale dei ricoveri erogati a pazienti non residenti. Non seguono tale andamento la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli-Venezia Giulia, le Marche, la Calabria e la Sardegna, che mostrano una riduzione di tale quota (tabella 1).

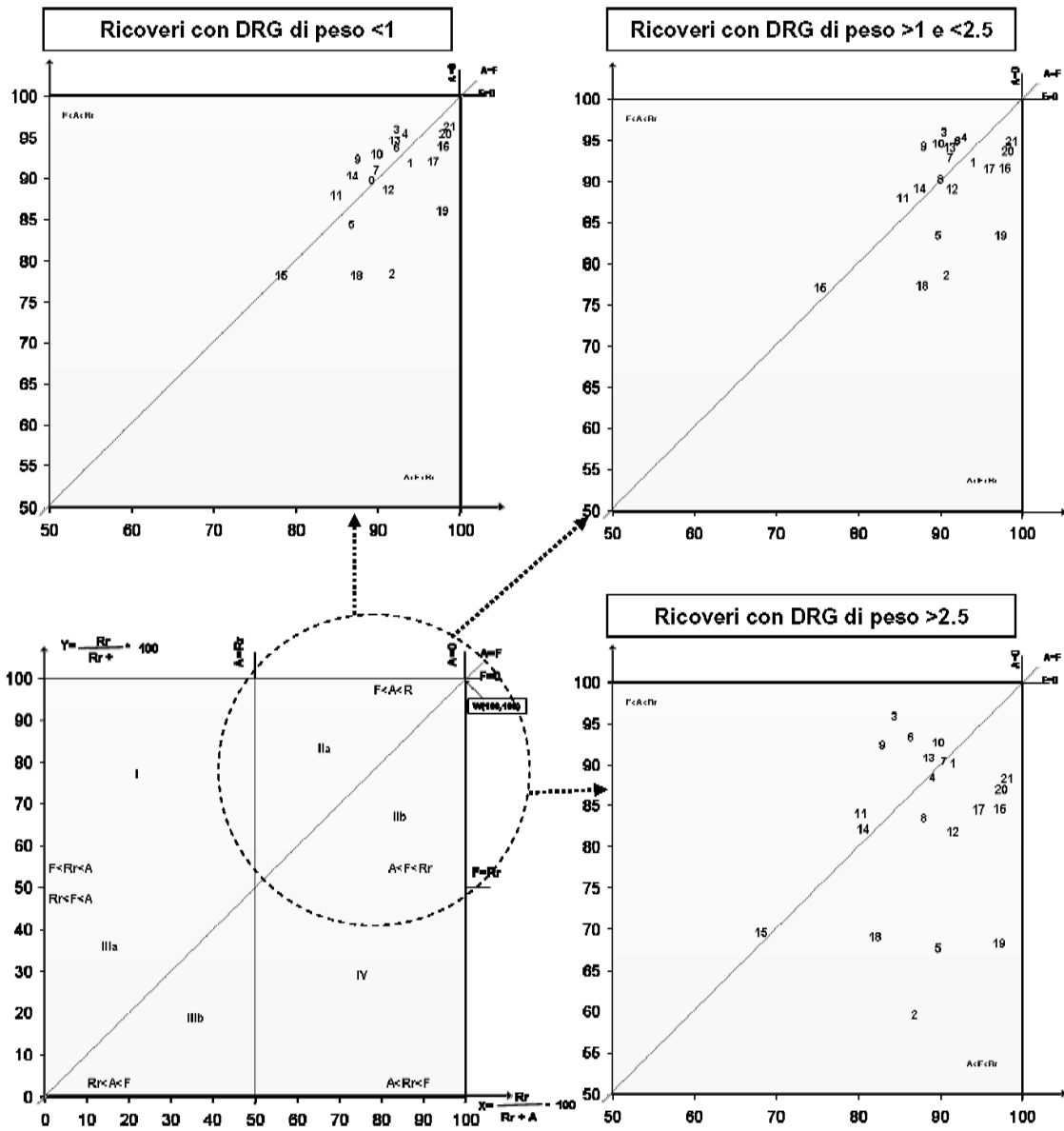
La regione verso cui si rivolge la maggior parte degli italiani che decidono di abbandonare la propria regione per ricoverarsi è la Lombardia, che accoglie il 17,5% dei pazienti che "fuggono" per ricoveri a bassa complessità, il 21,4% per quelli a media complessità e addirittura il 27,8% per quelli ad alta complessità; nelle altre regioni solo in Emilia-Romagna questa percentuale supera il 10% in tutte e tre le classi di ricoveri.

Nei tre nomogrammi di Gandy realizzati per peso del DRG di ricovero si apprezza immediatamente come tutte le regioni, soddisfacendo la maggior parte della domanda di ricovero espressa dai propri residenti al loro interno, si collochino, in tutti e tre i grafici, nel quadrante superiore destro, dove sia le fughe che le attrazioni sono minori dei ricoveri dei residenti (grafico 1).

Differenze anche assai evidenti si possono però rilevare sia tra la collocazione delle diverse regioni all'interno dello stesso grafico che confrontando la collocazione della stessa regione nei tre grafici.

Si può, infatti, apprezzare una dispersione dei simboli ed un loro allontanamento dalla bisettrice se si analizzano in sequenza i nomogrammi relativi alle tre classi di complessità dei ricoveri: tale dispersione è dovuta alla progressiva diminuzione dei ricoveri dei residenti, correlata all'aumento dei flussi migratori, cui si accompagna una maggiore differenziazione tra regioni che "guadagnano" e regioni che "perdono" pazienti (grafico 1).

Grafico 1 – Mobilità ospedaliera per peso del DRG di ricovero. Nomogrammi di Gandy – Anno 2005



ASSE X = Percentuale dei ricoveri dei residenti in una Regione effettuati nella Regione di appartenenza, sul totale dei ricoveri.
ASSE Y = Percentuale della domanda di ricovero espressa dai residenti in una Regione soddisfatta in tale Regione.
A = Ricoveri di "immigrati" da altre Regioni (Attrazioni).
F = Ricoveri di residenti in una Regione in ospedali di altre Regioni (Fughe).
Rr = Ricoveri dei residenti in una Regione.

1 Piemonte	11 Umbria
2 Valle d'Aosta	12 Marche
3 Lombardia	13 Lazio
4 Bolzano-Bozen	14 Abruzzo
5 Trento	15 Molise
6 Veneto	16 Campania
7 Friuli-Venezia Giulia	17 Puglia
8 Liguria	18 Basilicata
9 Emilia-Romagna	19 Calabria
10 Toscana	20 Sicilia
	21 Sardegna

Tabella 1 - Fughe ed attrazioni per DRG per regione – Anno 2005

Regioni	Ricoveri con DRG <1		Ricoveri con DRG >1 e <2,5		Ricoveri con DRG >2,5	
	Fughe	Attrazioni	Fughe	Attrazioni	Fughe	Attrazioni
Piemonte	7,8	6,1	7,8	5,8	9,7	8,4
Valle d'Aosta	21,4	8,3	21,3	9,1	40,7	13,0
Lombardia	3,9	7,3	4,0	9,4	4,1	15,4
Bolzano-Bozen	4,0	7,0	4,8	7,3	11,1	10,8
Trento	15,2	13,1	16,6	10,0	32,5	10,1
Veneto	5,5	7,7	5,1	7,7	6,5	13,4
Friuli-Venezia Giulia	8,6	10,0	6,6	8,6	9,6	9,3
Liguria	9,5	10,5	9,9	9,8	16,5	11,8
Emilia-Romagna	7,3	12,3	5,6	11,7	7,4	17,2
Toscana	6,6	10,1	5,4	9,8	7,0	10,4
Umbria	11,8	15,4	12,1	14,4	16,1	19,5
Marche	11,0	9,0	10,9	8,4	18,0	8,3
Lazio	5,2	7,6	5,6	8,6	9,4	10,8
Abruzzo	9,7	12,7	11,0	12,3	17,8	19,3
Molise	21,7	21,9	23,1	24,7	30,6	32,1
Campania	5,8	2,2	8,4	2,1	15,2	2,7
Puglia	7,3	3,2	8,7	3,6	15,6	5,1
Basilicata	21,5	12,8	22,6	12,1	31,1	17,8
Calabria	13,5	3,1	16,7	2,6	31,6	2,6
Sicilia	3,9	1,8	6,1	1,4	12,7	2,2
Sardegna	3,5	1,6	5,2	1,2	11,6	1,4

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Conclusioni

Le differenti *performance* dei Servizi Sanitari Regionali non possono in questo caso essere imputate alla mobilità fisiologica (definita come quella mobilità vincolata a questioni logistiche (7)), ma a una effettiva preferenza dei pazienti: se infatti la mobilità fosse di tipo fisiologico al variare della complessità dei ricoveri non si sarebbero riscontrate le differenze che sono invece emerse in questo studio.

Risulta, dunque, evidente come ci siano notevoli disomogeneità nel livello di fiducia che i pazienti ripongono nei servizi sanitari delle regioni e come tali differenze si acuiscano all'aumentare della complessità dei ricoveri. È inoltre evidente come vi siano alcune regioni che hanno saputo meglio inserirsi nel nuovo contesto di "quasi mercato", creatosi anche in Italia con la riforma del sistema sanitario degli anni 90, e come ve ne siano invece altre che non hanno saputo adeguarsi altrettanto rapidamente a questo nuovo scenario.

La sfida per quei Servizi Sanitari Regionali che non riescono a trattenere i propri pazienti, è quella di riuscire ad aumentare il livello della loro "qualità percepita", incrementando nel prossimo futuro sia la quantità che la qualità dell'offerta assistenziale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Nante N, RG, Al Farraj O., Morgagni S., Siliquini R., Moirano F., Messina G., Sassi F. Hospital patient migration: analysis using an utility index. In: K. W, editor. Public Health in Europe. 10 Years EUPHA. Berlin: Ed. Springer-Verlag GmbH & Co.KG, 2003: 293-316.
- (2) Degli Esposti G, Rimondi M, Virgilio G, Ugolini C. Matrici di mobilità per DRGs: analisi descrittiva ed applicazioni per la programmazione e politiche sanitarie regionali. Mecosan 1996; 19: 53-62.
- (3) Arniani S, Bartolacci S, Campanile C, Geddes da Filicaia M. Ricoverarsi a Firenze La georeferenziazione come strumento di analisi della mobilità. Firenze: Agenzia Regionale della Sanità della Toscana, 2004.
- (4) Trerotoli P., Soldano S., Serio G. Degenza preoperatoria nel quadriennio 1998-2001: determinazione dei valori mediregionali per i DRG chirurgici. Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia 2001.
- (5) Gandy RJ. A graphical representation of the inter-relationship between districts. Hosp Health Serv Rev 1979; 75(2): 50-1.
- (6) Nante N, Messina G, Girardi F, Lispi L. Studio della mobilità sanitaria. In: Ricciardi G, Folino-Gallo P, editors. Rapporto Osservasalute 2005. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore, 2005: 353-356.
- (7) Balzi D, Geddes M, Lispi L. La "migrazione sanitaria" per tumore della mammella fra le regioni italiane: Ministero della Salute, 2002.

Impatto del documento Piano Nazionale per le Linee Guida sugli interventi di adenotonsillectomia

Dott. Enrico Materia, Dott.ssa Lorenza Rossi, Dott. Riccardo Di Domenicantonio, Dott. Giovanni Baglio, Dott. Sergio Marletta, Dott.ssa Lucia Lispi, Prof.ssa Paola Marchisio, Prof.ssa Luisa Bellussi, Prof. Lodovico Perletti, Prof. Eugenio Pallestrini

Contesto

La tonsillectomia, benché non più praticata così di frequente come in passato, continua ad essere un intervento chirurgico assai comune, caratterizzato da un'ampia variabilità geografica e socio-economica (1,2), indizi di discrezionalità e di inappropriata clinica.

In Italia, nell'ambito del Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG), un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio ha sviluppato un documento di indirizzo, basato sulle evidenze disponibili e con raccomandazioni di forza non graduata, sull'appropriatezza della chirurgia adenotonsillare (3). Il documento tratta le indicazioni agli interventi, le tecniche chirurgiche e anestesologiche, la gestione perioperatoria e gli aspetti organizzativi.

Dall'aprile 2003, quando la linea guida venne presentata alla comunità medica e ai media, la sua diffusione e implementazione è stata realizzata adottando un approccio comprensivo integrando una campagna di stampa, pubblicazioni su siti internet con forum aperti alla discussione, articoli su giornali scientifici, presentazione e distribuzione durante convegni nazionali ed europei delle società medico-scientifiche, corsi di formazione, uso di *opinion leaders*, invii postali agli Assessorati alla Sanità, aziende, pediatri e otorinolaringoiatri e adozione in alcuni ospedali pediatrici di rilievo nazionale.

L'impatto della linea guida sulla pratica clinica è stato valutato analizzando l'andamento delle dimissioni, della spesa, dei tassi di ospedalizzazione e della loro variabilità geografica per gli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia negli anni 1998-2004. Tale valutazione rappresenta l'oggetto del presente rapporto.

Metodi

Sono stati utilizzati i dati delle dimissioni ospedaliere messi a disposizione dal Ministero della Salute selezionando gli episodi di ricovero avvenuti nel periodo 1998-2004 sulla base della presenza di uno o più dei codici ICD-9-CM 28.2 (tonsillectomia), 28.3 (adenotonsillectomia) e 28.6 (adenoidectomia) nei campi relativi agli interventi chirurgici e procedure.

I tassi di ospedalizzazione per regione, grezzi o standardizzati per età e sesso, sono stati calcolati (per 10.000 abitanti) a partire dalla variabile "regione di provenienza" e comprendono anche la casistica in mobilità e le dimissioni avvenute dagli istituti di cura privati non accreditati. Come denominatori dei tassi, nei diversi anni, sono state utilizzate le stime Istat della popolazione italiana o regionale. Come popolazione standard è stata utilizzata la popolazione italiana del 2001.

Nelle analisi relative alle modalità organizzative del ricovero, i ricoveri ordinari di 0-1 giorno sono stati assimilati ai ricoveri in Day Hospital per equiparare one Day Surgery e ricovero diurno. Per il calcolo della spesa sono state utilizzate le tariffe in euro del DM 1977, specifiche per DRG di tonsillectomia e/o adenoidectomia, per età e regime di ricovero.

Risultati e Discussione

L'andamento degli episodi di ricovero per tonsillectomia con o senza adenoidectomia si mantiene stabile in Italia intorno ai 60.000 interventi dal 1998 fino al 2002, per decrescere di circa 8.000 casi (-15,8%) nel corso del 2003, primo anno di implementazione del documento di indirizzo (tabella 1). Tale riduzione del volume dei ricoveri si accompagna a una riduzione della spesa teorica pari a circa 12.8 milioni di euro tra l'anno 2002 e il 2003 su base nazionale, che solo per un terzo si stima attribuibile al trasferimento di prestazioni dal regime ordinario a quello di one Day Surgery (dati non riportati in tabella). Il tasso complessivo di tonsillectomia con o senza adenoidectomia, oscillante nel periodo 1998-2002 da 10,5 a 10,9 (per 10.000), si riduce a 9,1 nel 2003 e a 9,4 nel 2004 (tabella 1).

Contemporaneamente, anche il tasso di adenoidectomia mostra un progressivo decremento.

A partire dal 2003 si verifica anche una marcata riduzione della variabilità geografica dei tassi regionali di tonsillectomia, con o senza adenoidectomia, a causa sia del decrescere dei tassi nelle regioni ove questi erano più elevati (Piemonte, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano, Marche, Abruzzo, Campania e Sicilia), che per l'aumento dei tassi in alcune regioni ove questi risultavano più bassi (Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna) (tabella 2, grafico 1).

Il grafico 2 mostra la contrazione della variabilità dei tassi regionali con il ridursi della distanza interquartile e del range tra i valori estremi, tale da produrre una “regressione verso la media” dei valori dei tassi. Si profila anche un più regolare gradiente Nord-Sud per gli interventi di tonsillectomia, come atteso in base alla maggiore incidenza di tonsillite acuta ricorrente nelle aree più fredde del paese: la tonsillite è, infatti, responsabile del 52% delle tonsillectomie effettuate al Nord e solo del 22% al Sud (dati non riportati in tabella).

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere e tassi di tonsillectomia e/o adenoidectomia (per 10.000) in Italia - Anni 1998-2004

Anni	Dimissioni		Tassi	
	Tonsillectomia	Adenoidectomia	Tonsillectomia	Adenoidectomia
1998	61.761	34.510	10,85	6,06
1999	60.235	32.660	10,58	5,74
2000	61.109	32.616	10,73	5,73
2001	62.287	32.478	10,93	5,70
2002	59.916	30.604	10,51	5,37
2003	51.983	27.932	9,07	4,87
2004	54.326	26.928	9,38	4,65

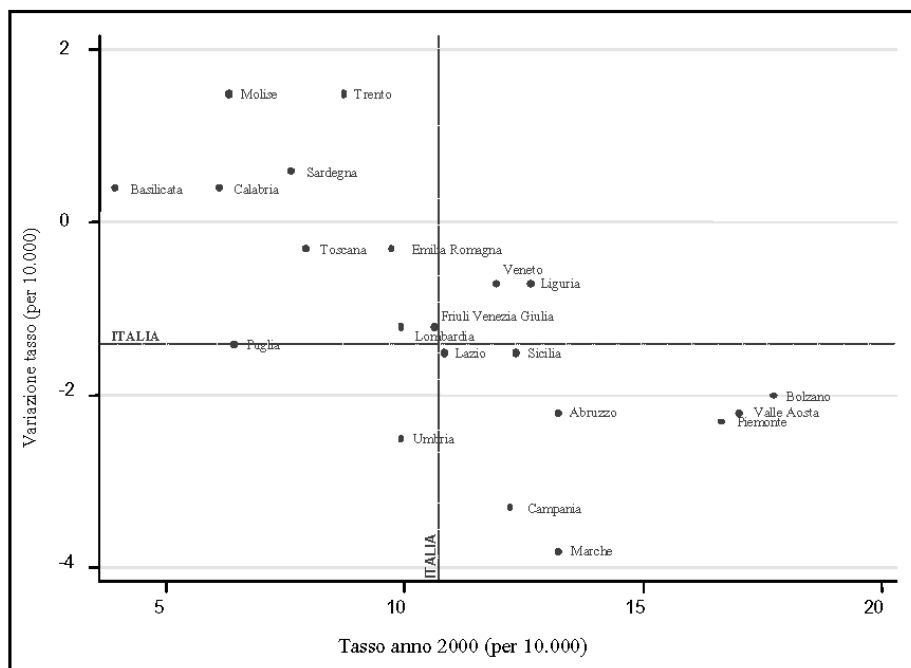
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Tabella 2 - Tassi (grezzi e standardizzati per 10.000) di dimissioni ospedaliere per regione di tonsillectomia, con o senza adenoidectomia, per regione - Anni 2000, 2004

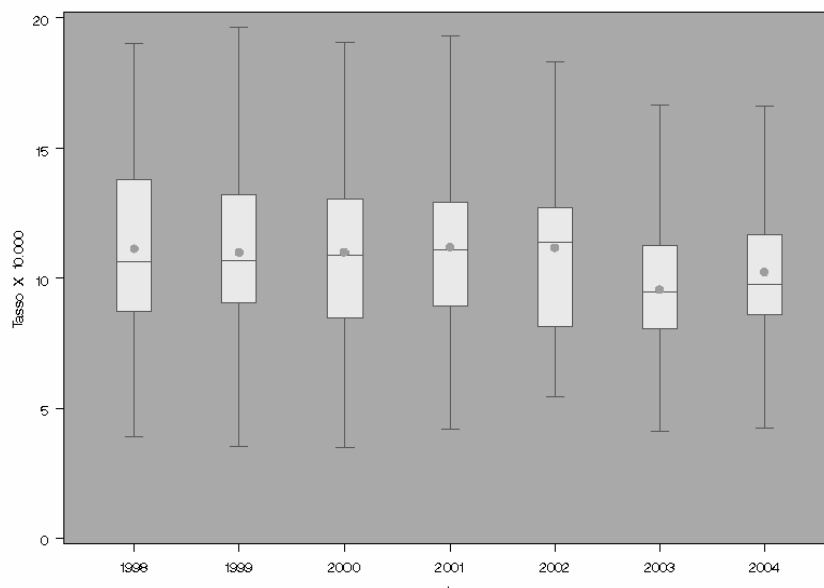
Regioni	Grezzi		Standardizzati	
	2000	2004	2000	2004
Piemonte	16,6	14,3	19,0	16,6
Valle d'Aosta	17,0	14,8	18,7	16,3
Lombardia	9,9	8,8	10,6	9,4
Bolzano-Bozen	17,7	15,8	16,0	14,8
Trento	8,7	10,1	8,5	10,2
Veneto	11,9	11,2	12,4	11,9
Friuli-Venezia Giulia	10,6	9,4	12,6	11,3
Liguria	12,6	11,9	16,3	15,7
Emilia-Romagna	9,7	9,4	11,6	11,1
Toscana	7,9	7,6	9,2	9,0
Umbria	9,9	7,5	11,3	8,6
Marche	13,2	9,4	14,3	10,4
Lazio	10,8	9,3	10,9	9,8
Abruzzo	13,2	11,0	13,1	11,7
Molise	6,3	7,8	6,1	8,2
Campania	12,2	8,9	9,3	7,3
Puglia	6,4	5,0	5,4	4,5
Basilicata	3,9	4,3	3,5	4,2
Calabria	6,1	6,5	5,2	6,0
Sicilia	12,3	10,8	10,2	9,7
Sardegna	7,6	8,2	7,3	8,6
Italia	10,7	9,4	-	-

Nota: La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione residente in Italia al 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Grafico 1 - Confronto tra le differenze nei tassi regionali 2000-2004 e i tassi dell'anno 2000 (per 10.000)

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Grafico 2 - Box-plot dei tassi regionali standardizzati (per 10.000) - Anni 1998-2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Conclusioni

L'analisi dei tassi di tonsillectomia e/o adenoidectomia nel periodo 1998-2004 mostra che in Italia si è verificata, a partire dal 2003, una marcata diminuzione degli interventi di tonsillectomia con o senza adenoidectomia (circa 8.000 dimissioni in meno) e della relativa spesa (almeno 8 milioni di euro). Tale decremento appare attribuibile all'impatto del documento di indirizzo PNLG. Gli interventi miranti a migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri intrapresi in Italia nell'ultimo decennio, dalla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza alle Linee Guida per la Day Surgery, hanno infatti riguardato soprattutto il trasferimento di prestazioni dal ricovero ordinario verso livelli assistenziali meno intensivi (appropriatezza generica) piuttosto che l'appropriatezza clinica vera e propria. Inoltre fino al 2002, i tassi complessivi di ospedalizzazione per la tonsillectomia erano rimasti sostanzialmente stabili.

L'analisi ha permesso di rilevare anche una riduzione della variabilità regionale dei tassi di tonsillectomia. In particolare un decremento dei tassi regionali si è verificato in tutte le regioni ove risultavano più elevati nel 2000, mentre un aumento nel 2004 si è verificato in quasi tutte le regioni dove i tassi erano più bassi. Tale fenomeno suggerisce una diminuzione della chirurgia inappropriata e un maggior ricorso alla tonsillectomia nelle aree ove era sottoutilizzata. Si delinea quindi una tendenza verso un "tasso giusto" di interventi, se mai questo possa essere stabilito (4).

Tra i motivi che hanno contribuito al successo di questa iniziativa di Sanità Pubblica in Italia, alcuni sono già descritti nella letteratura relativa al trasferimento delle evidenze nella pratica clinica (5), mentre altri appaiono in qualche modo originali e meritano di essere approfonditi.

Tra i primi possiamo individuare l'approccio molteplice e combinato degli interventi utilizzati per l'implementazione del documento di indirizzo, nonché la coesione interna e l'entusiasmo che ha caratterizzato il gruppo di lavoro che ha sviluppato il documento e, successivamente, divulgato le raccomandazioni che questo riportava. Si sottolinea in particolare l'importanza della *leadership* e degli *opinion leaders* nei processi di coordinamento, sviluppo e implementazione del documento di indirizzo e l'importanza della campagna di stampa la cui efficacia nella promozione di buone pratiche cliniche è da tempo nota (6). Dopo la pubblicazione del documento PNLG e le discussioni da questo suscitate in ambito otorinolaringoiatrico e pediatrico, le raccomandazioni in esso riportate sono divenute comunque oggetto di attenzione. Il documento è stato indicato come riferimento agli specializzandi in Otorinolaringoiatria dell'Università di Torino, proprio nella regione ove i tassi standardizzati di tonsillectomia risultavano più elevati.

I requisiti metodologici essenziali richiesti a un linea guida di buona qualità comprendono il *panel* multidisciplinare, la ricerca sistematica della letteratura scientifica e il *grading* esplicito delle prove di efficacia e delle raccomandazioni. Può essere interessante notare come il documento d'indirizzo sulla tonsillectomia non includeva raccomandazioni di forza graduata, ma solo più cauti "suggerimenti". In questo caso l'assenza del parametro quantitativo del livello di *grading* non ha ostacolato l'impatto positivo del documento d'indirizzo. Ma forse, ciò che più ha favorito i risultati dell'iniziativa è stato "prendere il toro per le corna", affrontare cioè l'argomento tonsillectomia dal punto di vista del principale problema: l'inappropriatezza dell'intervento chirurgico, indicata dalla variabilità geografica e socio-economica. Il documento d'indirizzo aveva come oggetto esplicito la procedura a rischio di inappropriatezza e non la condizione morbosa sottostante (gestione della faringotonsillite o del mal di gola). In assenza di altre Linee Guida che si occupano direttamente e esplicitamente di indicazioni per la tonsillectomia, l'esperienza italiana ha suscitato un certo interesse internazionale (7).

Per il rinnovato Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG), l'opzione di dare priorità alle procedure a più alto rischio di inappropriatezza potrebbe rivelarsi vantaggioso, anche per l'opportunità di poter monitorare con relativa facilità l'impatto della linea guida attraverso i dati del sistema informativo ospedaliero nazionale. Il nuovo SNLG potrà in ogni caso giovare dell'esperienza maturata nel processo di diffusione e di implementazione del documento di indirizzo.

Rimane da monitorare l'effetto del documento di indirizzo sulla tonsillectomia negli anni successivi al 2004. L'effetto potrebbe tendere ad attenuarsi nel tempo (*relapse*), in mancanza di interventi tesi a rinforzare i messaggi del documento stesso, anche se i dati preliminari raccolti nel Lazio fino al 2006 mostrano che il decremento dei tassi e della variabilità tende a mantenersi stabile.

A questo fine peraltro, il *panel* SNLG, attualmente al lavoro per aggiornare e integrare il documento sulla tonsillectomia, potrà rappresentare un *network* permanente di monitoraggio e supporto delle varie iniziative regionali, compresa la traduzione della linea guida a livello locale in percorsi clinici integrati.

Merita infine di essere ricordato che le parole guida dell'iniziativa sono state le stesse insegnate da Calvino nelle sue Lezioni americane: leggerezza, esattezza, rapidità, visibilità e molteplicità.

Riferimenti bibliografici

- (1) Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G, Marchisio P, et al. Epidemiologia della tonsillectomia in Italia. *La Pediatria Medica e Chirurgica* 2004; 26: 179-86.
- (2) Materia E, Rossi L, Spadea T, Cesaroni G, et al. Diseguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socio-economica a Roma. *Epidemiologia e Prevenzione* 1999; 23: 197-206.
- (3) Documento di indirizzo Piano Nazionale Linee Guida: "Appropriatezza clinica ed organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia". ZADIG Editore, Aprile 2003.
- (4) Brook RH, Lohr KN. Efficacy, effectiveness, variations, and quality. *Boundary-crossing research. Medical Care* 1985; 23: 710-22.
- (5) Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* 362: 1.225-30.
- (6) Grilli R, Freemantle N, Minozzi, Domenighetti G. Mass media interventions: effects on health service utilisation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2): CD000389.
- (7) Materia E, Baglio G, Bellussi L, Marchisio P, et al. The clinical and organisational appropriateness of tonsillectomy and adenoidectomy – An Italian perspective. *Int J Pediatric Otholaringol* 2005; 69: 497-500.

Analisi della variabilità come strumento propedeutico alla definizione degli standard di quantità di prestazioni: l'esempio delle prestazioni ospedaliere di "Bypass aortocoronarico" e "Angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA)"

Dott. Mauro Agnello, Prof. Cesare Cislighi, Ing. Alberto De Negri, Dott.ssa Isabella Mastrobuono

Contesto

Stiamo assistendo in questi anni ad una crescente esigenza di dati e di metodologie che siano in grado di descrivere quantitativamente gli eventi che caratterizzano la domanda e l'offerta dei servizi sanitari, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera e territoriale ivi inclusa l'assistenza domiciliare integrata. La misura dell'offerta gode di una tradizione iniziata molti anni fa ed è sottoposta ad un processo evolutivo costante, anche se lento, per quanto riguarda le metodologie di analisi e la qualità dei dati raccolti. Viceversa è iniziata da pochi anni la misura della domanda, con particolare riferimento alla "domanda soddisfatta", intesa come la misura delle varie prestazioni consumate dal paziente presso le diverse istituzioni sanitarie pubbliche e private.

La necessità di dare una dimensione quantitativa ai fenomeni sanitari è strettamente collegata all'urgenza di individuare corretti meccanismi di misura e di bilanciamento della qualità e dei costi dell'assistenza erogata, alla ricerca di spazi di inappropriatazza della domanda soddisfatta e di inefficienza nell'erogazione delle prestazioni.

L'approccio metodologico che viene descritto nel presente articolo trova la sua origine nell'individuazione, all'interno di un gruppo di lavoro creato nell'ambito della Commissione LEA, di standard quantitativi di prestazioni (Legge n. 311 del 30/12/2004 art.1, comma 169) da porre come obiettivo minimo per garantire il raggiungimento dei LEA. Il presupposto di base è che la quantità delle prestazioni erogate ai cittadini debbano essere almeno pari a tali standard se si vuole garantire che il Livello Essenziale di Assistenza sia raggiunto in ogni regione ed in ogni ASL.

Risultati e Discussione

Durante tale cammino sono stati individuati e condivisi dalla Commissione LEA alcuni punti essenziali, che hanno assunto il significato di "milestones" del lavoro compiuto.

Essi sono:

- a) l'analisi di variabilità della domanda di prestazioni sanitarie sul territorio è condizione necessaria per la definizione di standard, questo anche al fine di individuare le priorità di intervento: una bassa variabilità induce, infatti, una minore necessità di monitoraggio rispetto ad una variabilità più elevata;
- b) è nota l'estrema difficoltà di stabilire, a livello scientifico, uno standard operativo con significato clinico certo; è, infatti, molto critico individuare un valore atteso per la frequenza di una determinata prestazione sanitaria per una popolazione dai rischi non noti;
- c) l'attenzione alla tutela della salute ha indotto a non concentrare le analisi sulle strutture erogatrici, ovvero sull'offerta, ma sul paziente, ovvero sulla domanda. La metodologia di seguito riportata si concentra, quindi, sulla misura della domanda di prestazioni da parte dei cittadini a prescindere da dove queste siano state erogate;
- d) si è ritenuto che un indice statistico di "normalità" non possa essere considerato un valore normativo di riferimento. La metodologia in oggetto ha, infatti, come obiettivo l'analisi della variabilità della domanda di ciascuna ASL rispetto ad un valore nazionale che, a priori, non può essere ritenuto un valore obiettivo. Nel caso in cui, ad esempio, il valore nazionale derivi esso stesso da sacche di inappropriatazza o inadeguatezza generalizzata, eventuali valori locali distanti da questo potrebbero essere più in linea rispetto ad un valore obiettivo, al momento non definito.

A fronte di tali considerazioni l'obiettivo che si è posto il gruppo di lavoro è stato quello di analizzare ed approfondire la variabilità della domanda di prestazioni sul territorio con lo scopo di supportare il Ministero della Salute e le regioni nella condivisione e concertazione di target programmatori che corrispondano alle evidenze della situazione analizzata e permettano di realizzare le condizioni di compatibilità economica del sistema. La metodologia per l'analisi di variabilità è stata applicata, in prima istanza sui ricoveri ospedalieri per acuti, poiché era disponibile una base dati condivisa e consolidata.

I due concetti portanti della metodologia sono:

- 1) "Aggregazione Territoriale" (AT), intesa come dimensione minima territoriale sub regionale nella quale viene analizzata la "domanda soddisfatta".

Le AT corrispondono alle ASL di ogni regione, fanno eccezione quelle ASL con popolazione inferiore a una soglia critica di 100.000 abitanti: in tal caso si è proceduto all'aggregazione in un'unica AT di ASL tra loro limitrofe.

2) Il concetto di “Domanda Soddisfatta”, intesa come quantità di prestazioni ricevute dai cittadini residenti in una AT ovunque esse siano state erogate. Si sottolinea che l’entità della “domanda soddisfatta” di una AT è differente da quella dell’offerta prodotta dalle strutture localizzate nel territorio della AT stessa.

La domanda soddisfatta, essendo l’età una variabile fondamentale per spiegare il consumo di prestazioni, è stata standardizzata per età, al fine di poter confrontare tra loro ambiti territoriali caratterizzati da una differente struttura demografica della popolazione. Non si è ritenuto di procedere alla standardizzazione per genere perché è risultata sostanzialmente ininfluenza sulla variabilità dei consumi delle AT, essendo il genere distribuito in modo sostanzialmente uniforme nelle AT stesse.

I ricoveri per acuti sono stati così caratterizzati:

- i ricoveri medici (dai quali sono stati esclusi i ricoveri in Day Hospital) dalla diagnosi principale, riportata nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO);

- i ricoveri chirurgici dalle procedure di sala operatoria o MPR, riportati nella SDO.

Diagnosi principali e procedure chirurgiche sono state aggregate sulla base di un criterio di omogeneità clinica, ricorrendo agli Aggregati Clinici di Codici (ACC). La scelta di utilizzare gli ACC e non il sistema DRG è stata motivata essenzialmente dal fatto che gli ACC sono rappresentativi del contenuto clinico del ricovero e non dell’assorbimento di risorse dello stesso. Inoltre, gli ACC sono utilizzati anche a livello internazionale e, pertanto, consentono un utile confronto tra i diversi paesi.

Le due variabili fondamentali che stanno alla base delle rappresentazioni del fenomeno sono:

- 1) la domanda soddisfatta per 1.000 abitanti standardizzata per età (in ordinata);

- 2) la popolazione residente in una AT (in ascissa).

Si è, quindi, proceduto alla definizione di un modello statistico in grado di distinguere (grafico 1) la variabilità che risulta essere collegata alla numerosità della popolazione residente in una AT (variabilità compatibile), dalla variabilità ulteriore che deve essere analizzata a livello regionale/locale.

Si sono così individuate 3 aree distinte (grafico 2):

- 1) l’area centrale o area di indifferenza;

- 2) l’area superiore nella quale si configura un potenziale ambito di inappropriatezza;

- 3) l’area inferiore, nella quale si configura un potenziale ambito di inadeguatezza.

Sul piano così definito sono stati posizionati i valori della domanda soddisfatta di ogni AT relativi ai ricoveri ospedalieri medici (259 codici ACC) e chirurgici (131 codici ACC).

Si sono così ottenuti 390 figure simili a quella indicata nel grafico 3, che è relativa alla somma di due ACC, “Bypass dell’arteria coronarica” e “Angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA)”.

Si è ritenuto opportuno selezionare un numero ridotto di ACC sui quali concentrare in via prioritaria l’attenzione, adottando i seguenti criteri:

- elevato impatto economico;

- elevata variabilità della domanda soddisfatta.

Dalla selezione sono emersi 48 ACC di procedure chirurgiche e 37 ACC di diagnosi mediche.

Per approfondire l’analisi delle variabilità presenti si è ritenuto opportuno coinvolgere esperti del mondo medico scientifico ai quali sono stati illustrati i risultati della metodologia in oggetto.

Con il contributo di tali esperti il gruppo ha elaborato le considerazioni sotto indicate:

- 1) la variabilità delle diagnosi mediche è molto diversa tra il Nord ed il Sud; il fenomeno potrebbe essere riconducibile a:

- presenza di inappropriatezza organizzativa, ovvero un funzionamento molto disomogeneo del territorio che induce i pazienti a rivolgersi all’ospedale in mancanza di servizi alternativi;

- comportamenti disomogenei in relazione alla codifica delle informazioni nella SDO;

- 2) la variabilità emersa nel caso delle procedure chirurgiche risulta inferiore a quella presente nelle diagnosi mediche; la determinanti di tali variabilità possono essere numerose e di non facile individuazione. Le principali sembrano essere: la diversità della rete di offerta, la presenza o meno di Linee Guida a livello regionale, la prevalenza e incidenza delle malattie in determinati ambiti territoriali, il rapporto tra offerta pubblica e privata.

Per aiutare le regioni nell’analisi delle variabilità intraregionali ed interregionali della “domanda soddisfatta”, è stato messo a punto un *box-plot* (grafico 4).

Per ogni regione sono riportati i seguenti valori:

- valore minimo della domanda soddisfatta tra quelli delle AT della regione;

- valore corrispondente al primo quartile della domanda soddisfatta tra quelli delle AT della regione;

- valore mediano della domanda soddisfatta tra quelli delle AT della regione;

- valore corrispondente al terzo quartile della domanda soddisfatta tra quelli delle AT della regione;

- valore massimo della domanda soddisfatta tra quelli delle AT della regione.

Tale modalità di rappresentazione consente di individuare:

- quali regioni al proprio interno presentano una variabilità rilevante che necessita di essere interpretata;
- quali regioni sono costantemente al di sotto del livello medio nazionale di domanda soddisfatta e quali sempre al di sopra.

Gli scostamenti dal livello inferiore e superiore potrebbero essere ricondotti a molteplici cause, tra le quali ad esempio:

- discrepanze tra i dati ufficiali del Ministero della Salute e quelli registrati dalle regioni;
- compresenza di diverse classificazioni regionali della stessa prestazione;
- prevalenza, in alcune regioni, di percorsi assistenziali diversi da quelli della media italiana;
- presenza, in alcune regioni, di un "bisogno" significativamente diverso da quello della media italiana, per specifiche prestazioni (caso più raro ma non trascurabile).

L'individuazione delle cause più significative può essere resa possibile solo attraverso una interazione con le singole regioni, le quali potranno contribuire ad evidenziare ulteriori fattori di variabilità utili per la comprensione del fenomeno.

Grafico 1 - Variabilità compatibile e variabilità ulteriore

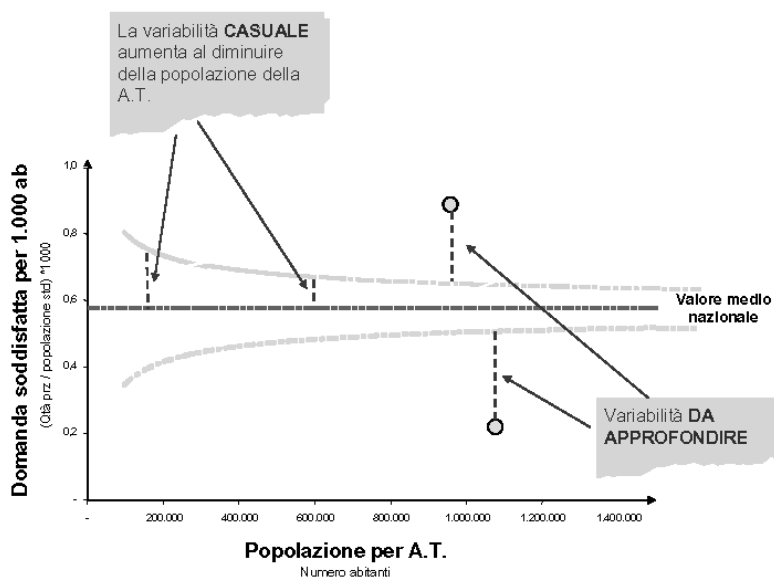


Grafico 2 - Le tre aree individuate

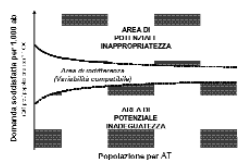


Grafico 3 - "La trombetta" per il Bypass dell'arteria coronaria (BPAC) e Angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA)

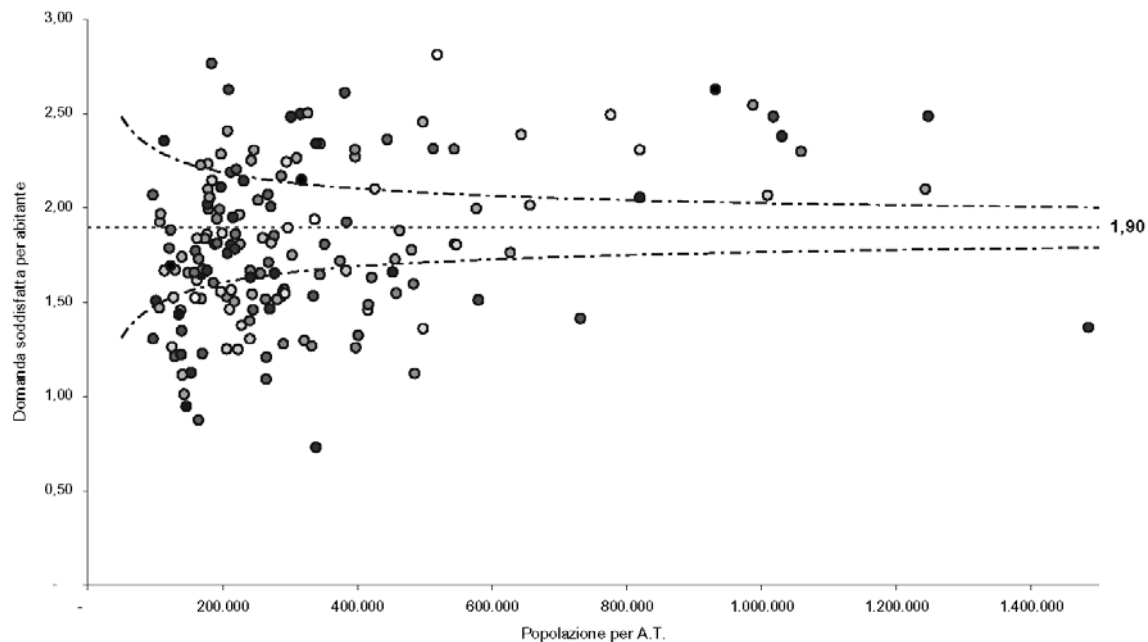
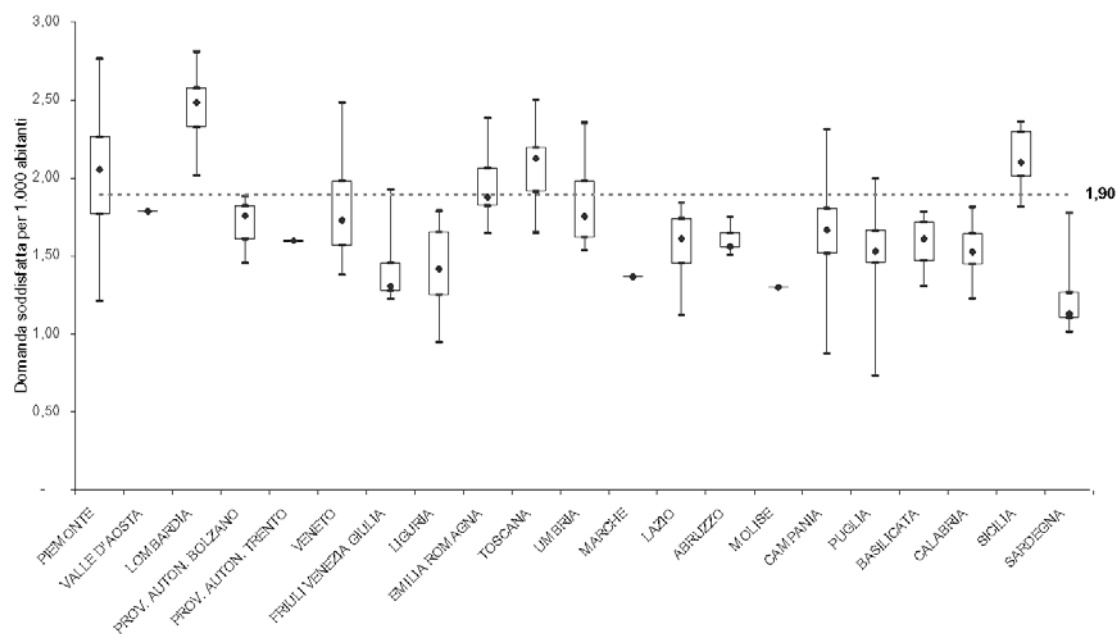


Grafico 4 - Domanda standardizzata soddisfatta (per 1.000) di AT per il Bypass dell'arteria coronaria (BPAC) e Angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) per regione



Monitoraggio nazionale degli eventi sentinella: esperienza dopo 18 mesi di attività

Dott. Alessandro Ghirardini, Dott.ssa Rosetta Cardone, Dott. Giuseppe Murolo, Dott. Giorgio Leomporra, Dott.ssa Susanna Ciampalini, Dott. Claudio Seraschi, Dott. Filippo Palumbo

Contesto

Tra le funzioni svolte dal Ministero della Salute assume particolare rilievo la valutazione e il controllo dell'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in particolare sotto l'aspetto dei livelli di qualità dell'assistenza e di sicurezza dei pazienti, per garantire che il diritto alla salute dei cittadini sia rispettato nel territorio nazionale.

Nell'ambito di tali attività, il Ministero della Salute ha avviato nel luglio 2005 un protocollo sperimentale di monitoraggio degli eventi sentinella (1), con lo scopo di giungere, alla definizione di una modalità univoca e condivisa di sorveglianza di tali eventi sul territorio nazionale. La scelta di promuovere il monitoraggio degli eventi sentinella deriva dal fatto che essi rappresentano "eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".

Per il monitoraggio di tali eventi, poco frequenti, è necessario che vi sia un terminale nazionale, affinché non vadano disperse informazioni preziose per la sicurezza dei pazienti che, in un'ottica di sinergia e solidarietà, devono diventare patrimonio comune di tutte le strutture sanitarie del paese. In tal senso, sono orientate le diverse esperienze internazionali (2, 3), che sono state utilizzate anche ai fini della predisposizione del protocollo nazionale di monitoraggio.

Si presentano di seguito i risultati dei primi 18 mesi di attività (settembre 2005-febbraio 2006) del monitoraggio degli eventi sentinella, che forniscono un quadro, seppure parziale, delle tipologie di eventi sentinella, del contesto e modalità di accadimento e consentono di individuare, in una logica di Sanità Pubblica, le possibili azioni da mettere in atto per contrastare il ripetersi di tali gravi eventi.

Si precisa che nella presentazione dei risultati si mantiene la confidenzialità nei riguardi di professionisti, organizzazioni sanitarie e regioni. D'altra parte è noto l'effetto paradossale della segnalazione, per cui un elevato numero di segnalazioni di eventi avversi da parte di una organizzazione sanitaria non indica necessariamente un numero più elevato di errori, ma, piuttosto, è indicativo di una maggiore attenzione da parte delle strutture sanitarie nei confronti della problematica della sicurezza dei pazienti, secondo la logica della *No blame culture*, ovvero della cultura della non colpevolezza del singolo individuo. Tale approccio riporta a livello di sistema e di processo le principali cause e i fattori contribuenti il verificarsi di eventi avversi evitando che essi siano nascosti e promuovendo quindi l'analisi trasparente degli errori.

Si sottolinea, pertanto, che i risultati presentati non rappresentano dati di incidenza o prevalenza degli eventi avversi o degli errori in sanità, in quanto l'obiettivo del sistema di monitoraggio è quello di imparare da quegli errori ed eventi avversi che si verificano nel corso dell'erogazione dell'assistenza sanitaria allo scopo di programmare, in seguito alla identificazione dei rischi e dei fattori contribuenti, le azioni ed i cambiamenti che riducono la probabilità che gli stessi eventi si ripetano.

I principali obiettivi del sistema di monitoraggio degli eventi sentinella sono:

- la raccolta delle informazioni riguardanti gli eventi sentinella occorsi nelle strutture del Sistema Sanitario Nazionale (SSN);
- l'analisi dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi, focalizzata sui sistemi e sui processi;
- l'elaborazione ed implementazione di raccomandazioni specifiche rivolte a tutte le strutture del SSN per minimizzare il rischio di accadimento degli eventi;
- il ritorno informativo alle strutture del SSN ed alle regioni.

Metodi

Il sistema di monitoraggio degli eventi sentinella è stato avviato in fase sperimentale a partire da agosto 2005. Il protocollo degli eventi sentinella reso disponibile sul sito web del Ministero della Salute è costituito da una parte generale descrittiva delle caratteristiche principali dell'evento da segnalare, una seconda parte dedicata all'analisi delle cause e fattori contribuenti ed una terza parte dedicata al piano di azione per prevenire il ripetersi di nuovi eventi.

In riferimento alla definizione di evento sentinella, per "grave danno" si intendono tutte quelle condizioni che

determinano disabilità permanente, coma, stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione, trauma maggiore conseguente a caduta di paziente, trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva, reintervento chirurgico, rianimazione cardio respiratoria, richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura e tutti gli errori trasfusionali da incompatibilità AB0.

Il Sistema di monitoraggio degli eventi sentinella è basato sulla segnalazione degli eventi sentinella da parte delle strutture sanitarie. Le schede per la segnalazione dell'evento (1) prevedono la raccolta di informazioni riguardanti la tipologia e le principali note descrittive dell'evento, l'analisi dei fattori contribuenti e determinanti l'evento e il piano d'azione messo in atto dalle aziende per la prevenzione della ricorrenza degli eventi: tali schede vengono trasmesse dal referente aziendale per la gestione del rischio clinico al Ministero della Salute e alla regione di appartenenza.

La segnalazione degli eventi sentinella è di tipo volontario e garantisce l'anonimato di professionisti e delle organizzazioni sanitarie coinvolte.

Risultati e Discussione

Nel periodo compreso tra settembre 2005 ed febbraio 2007 sono pervenute 123 schede di segnalazione di eventi sentinella. Il 53% (n=65) degli eventi sono stati segnalati in modo spontaneo dalle aziende in cui l'evento è occorso, senza alcuna richiesta o sollecito da parte del Ministero, mentre il 47% (n=58) degli eventi sono stati segnalati dopo l'invio di una formale richiesta da parte del Ministero della Salute.

Nella tabella 1 sono raffigurati gli eventi segnalati per tipologia, secondo la categorizzazione prevista dal protocollo di monitoraggio. Il tipo di evento maggiormente segnalato ricade nella categoria 10 "Altro evento avverso", seguito da Suicidio, Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure, Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2.500 grammi non correlata a una malattia congenita, Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0, Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto, Coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica.

Poiché la categoria 10 "Altro evento avverso" rappresenta quella più numerosa, dalla ulteriore categorizzazione della stessa, sono emersi 6 tipi di evento sentinella: Morte o grave danno impreveduti a seguito dell'intervento chirurgico (n=14), Gestione emergenza (n=11), Complicanza post-anestesia (n=6), Caduta di paziente (n=4), Embolia (n=3).

Tabella 1 - Tipo di evento sentinella (valori assoluti e percentuali)

Tipo evento	N	%
1. Paziente sbagliato	1	1
2. Parte del corpo sbagliata	2	2
3. Suicidio in paziente ricoverato	20	16
4. Materiale ritenuto	14	11
5. Reazione trasfusionale (AB0)	9	7
6. Errore di terapia farmacologica	6	5
7. Travaglio e/o parto	7	6
8. Violenza o maltrattamento	1	1
9. Morte o disabilità permanente in neonato sano	12	10
10. Altro evento avverso	51	41
Totale	123	100

Relativamente agli esiti degli eventi sentinella occorsi, il 68% (n = 84) degli eventi segnalati ha causato la morte dei pazienti; il restante 32% (n = 39) ha causato grave danno ai pazienti, ad esempio disabilità grave o permanente, necessità di reintervento chirurgico o necessità di ricovero in terapia intensiva. Per quanto riguarda i luoghi dell'ospedale dove si sono verificati gli eventi, circa il 40% (n = 45) degli eventi sono occorsi nelle sale di degenza, mentre il 24% (n = 30) degli eventi si è verificato in sala operatoria ed il 14% (n = 17) in sala parto. In relazione alle unità operative coinvolte, il 23% (n = 28) degli eventi hanno interessato pazienti ricoverati presso l'unità operativa di Chirurgia, il 17% (n = 21) in Ginecologia ed ostetricia, il 13% (n = 16) in Medicina. Per quanto riguarda l'analisi delle cause e dei fattori che possono aver contribuito al verificarsi degli eventi, rispetto al totale degli eventi che si sono verificati, il 40% (n=49) delle schede trasmesse al Ministero della salute fornivano informazioni valide ed utilizzabili ai fini della elaborazione del presente rapporto; il 42% (n = 52) delle schede erano incomplete e/o non compilate adeguatamente, mentre nel 18% (n = 22) degli eventi segnalati non sono state inviate schede.

Tra le 49 schede ritenute valide, la mancanza o non applicazione di procedure e Linee Guida (24%, n = 23) e il non idoneo inquadramento, valutazione o osservazione della situazione clinica dei pazienti (19%, n = 23) sono le categorie più rappresentate, seguite da problemi di comunicazione (17%, n = 16), Formazione/competenza personale (12%, n = 11), Informazione (12%, n = 11), Sistemi di sicurezza/strumenti protezione pazienti (9%, n = 9), Strumenti/apparecchiature (7%, n = 7).

Relativamente ai piani di azione segnalati dalle strutture sanitarie in cui si è verificato l'evento, sul totale degli eventi classificati, nel 20% dei casi è stato redatto un piano di azione per la riduzione del rischio.

Conclusioni

Il presente articolo mostra i risultati dei primi 18 mesi di attività di monitoraggio degli eventi sentinella, il cui scopo non è quello di rilevare tassi di incidenza degli eventi avversi, o effettuare confronti tra regioni, organizzazioni sanitarie od unità operative, ma è quello di imparare dagli errori e dagli eventi avversi, per programmare le azioni ed i cambiamenti necessari per aumentare la sicurezza dei pazienti. Lo studio, inoltre, presenta alcune limitazioni, peraltro tipiche di simili sistemi di monitoraggio di eventi avversi condotti a livello internazionale; il livello di segnalazione è fortemente dipendente dalla organizzazione della singola struttura sanitaria ed in particolare dal livello di cultura della sicurezza dei pazienti presente, dalla capacità di analizzare ed identificare i rischi, nonché di implementare le azioni per prevenire gli eventi. Tra le altre limitazioni si segnala la difficoltà del livello nazionale ad approfondire ulteriormente l'analisi di ciò che si è verificato al livello locale, nonché la difficoltà nella valutazione dell'accuratezza di quanto dichiarato (9).

Dal rapporto emerge un buon grado di adesione al protocollo da parte delle strutture sanitarie che hanno riportato eventi, anche se, il numero complessivo di casi segnalati appare modesto e si può ipotizzare, anche in base alla letteratura, che sia inferiore rispetto al numero effettivo; il problema della sotto segnalazione (*under reporting*), d'altra parte, riguarda tutti i paesi ove analoghe esperienze sono state attuate.

Considerando tutti i limiti della confrontabilità tra sistemi di monitoraggio di paesi diversi, durante il primo anno di implementazione del monitoraggio degli eventi sentinella negli Stati Uniti, condotto dalla JCAHO (2) sono stati segnalati 22 eventi sentinella; successivamente si è avuto un graduale aumento dell'attività di segnalazione con 31 eventi nel 1996 fino a 215 nel 2005. Analogo andamento è stato osservato nello Stato di Vittoria in Australia (3), dove nel primo anno di implementazione del monitoraggio di eventi sentinella (2002-2003) sono stati riportati un totale di 79 eventi, mentre nel 2003-2004 invece ne sono stati riportati 85.

L'osservazione che il 53% delle segnalazioni di eventi sentinella, nella nostra esperienza, sia avvenuta in modo spontaneo, suggerisce un buon grado di partecipazione attiva al sistema di monitoraggio, nonché di maturità culturale da parte di quelle organizzazioni che hanno segnalato spontaneamente gli eventi, nell'ottica dell'approccio sistemico e preventivo alla gestione dell'errore.

D'altronde, dall'esperienza di monitoraggio della JCAHO (2) era emersa una graduale tendenza all'incremento della spontaneità della segnalazione, passata dal 4% nel 1995, primo anno di monitoraggio, al 65% nel 2005. Da tale confronto, il dato italiano dimostra un buono punto di partenza, considerato anche che i risultati fanno riferimento ad una fase ancora sperimentale di monitoraggio.

Per quanto concerne la tipologia di eventi sentinella, come osservato anche dai dati della JCAHO (2), il suicidio rappresenta la categoria maggiormente segnalata; nell'esperienza australiana (3), invece, gli eventi maggiormente segnalati erano rappresentati da procedure riguardanti il paziente sbagliato o la parte del corpo sbagliata con una media del 19% degli eventi segnalati nel triennio 2003-2005.

Dai risultati è emerso come la metà degli eventi sentinella segnalati riguardasse la categoria 10 "Altro evento avverso", ovvero quella categoria nella quale sono risultati inclusi tutti quegli eventi sentinella, quali morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico, caduta di paziente, inadeguata gestione dell'emergenza ed anestesia, non compresi nelle specifiche categorie del protocollo. Per tale motivo, questi casi saranno inseriti tra le specifiche categorie nella versione aggiornata del protocollo di monitoraggio.

Relativamente all'analisi di cause e fattori contribuenti al verificarsi dell'evento, soltanto nel 40% dei casi le schede di analisi sono state considerate valide ed utilizzate ai fini delle nostre elaborazioni: ciò ha messo in risalto la necessità, da parte delle organizzazioni sanitarie, di acquisire conoscenze e competenze specifiche per l'identificazione ed analisi degli eventi, al fine di giungere alla identificazione dei relativi fattori determinanti e contribuenti, presupposto indispensabile ai fini della predisposizione del piano d'azione. Si segnala, comunque, come nell'arco dei 18 mesi di monitoraggio si è assistito ad un graduale miglioramento della qualità nella compilazione di tali schede, come testimoniato dalle schede pervenute negli ultimi 6 mesi.

Il principale fattore contribuente emerso dall'analisi delle possibili cause è stata la carente applicazione o la totale assenza di appropriate procedure e linee guida: in particolare, è stata riportata la carente o mancata applicazione di procedure per la prevenzione della ritenzione di garze o altro materiale all'interno del sito chirurgico.

co, per la manutenzione delle apparecchiature biomedicali, per la prevenzione delle cadute dei pazienti, per la profilassi tromboembolica, per la corretta gestione del trasporto intra ospedalieri ed extraospedalieri nelle situazioni di emergenza, per la corretta prescrizione delle terapie farmacologiche, per la sicurezza delle trasfusioni di sangue e per la prevenzione dei decessi materni e neonatali in corso di travaglio o parto o nel post-partum. Tra gli altri fattori contribuenti sono stati segnalati il carente inquadramento, valutazione o osservazione dei pazienti, la carente formazione/competenza da parte degli operatori, la carenza/mancanza di comunicazione tra gli operatori e tra gli operatori ed i pazienti, la carenza di informazione ed il venir meno di strumenti o apparecchiature salva-vita.

Infine, si deve sottolineare la modesta percentuale di piani d'azione compilati che evidenzia la necessità di una maggiore allocazione di risorse da destinare alla formazione degli operatori in questo ambito.

Dai risultati emerge chiaramente l'esigenza di migliorare il complesso degli aspetti organizzativi posti alla base dei processi clinico assistenziali erogati dalle strutture sanitarie ed in modo particolare emerge la urgente necessità di:

- divulgare ed implementare raccomandazioni specifiche per prevenire gli errori ed aumentare la sicurezza dei pazienti;
- promuovere la formazione e l'addestramento di tutti gli operatori sanitari in tema di rischio clinico;
- migliorare i processi di comunicazione tra gli operatori e tra operatori e pazienti.

Lo scopo principale del sistema di monitoraggio degli eventi sentinella è quello di recuperare informazioni utili relative agli eventi avversi verificatisi nelle strutture del SSN per meglio comprendere le circostanze e i fattori contribuenti che hanno favorito l'occorrenza degli eventi: in questo senso a partire dalla segnalazione dell'evento è possibile individuare i punti critici del sistema e suggerire possibili soluzioni, anche tramite l'elaborazione di raccomandazioni e Linee Guida, che fungano da indicazioni per attivare e mettere a regime a livello aziendale le azioni di contrasto al ripetersi degli eventi sentinella.

Riferimenti bibliografici

(1) Protocollo sperimentale per il Monitoraggio degli eventi sentinella:

<http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=238&menu=sicurezza>.

(2) Sentinel event program Annual report 2004-05; Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia; 2005.

(3) Sentinel Event Statistics: As of June 30, 2006; JCAHO; pubblicato su sito web:

http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/74540565-4D0F-4992-863E-F9E949E6B56/0/se_stats_6_30_06.pdf (visitato il 15/11/2006).

(4) Edmonson AC. Learning from mistakes I esasier said than done: group and organisational influences on the detection and correction of human error. *J Appl Behav Sci.* 1996; 32: 5-28.

(5) Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. *J Gen Intern Med* 2003; 18 (1): 61-7.

(6) World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2006-2007. World Health Organization 2006.

(7) Leape, L.L. Reporting adverse event. *NEJM.* 2002; 347 (20): 1.633-8.

(8) World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for adverse event reporting and learning systems; from information to action. World Health Organization 2005.

(9) Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S and Vincent C. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. *Health Technology Assessment* 2005; Vol. 9: No. 19.

Ospedali di riferimento

Dott. Alessandro Ghirardini, Dott.ssa Lucia Lispi, Dott. Giorgio Leomporra, Dott.ssa Federica Medici

Contesto

Il Progetto “Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale”, deliberato dalla Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni nella seduta del 10 dicembre 2003, ha istituito 15 progetti (cosiddetti “Mattoni”) che vedono coinvolti il Ministero della Salute, l’Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, l’ISS e tutte le regioni, con la finalità di creare un linguaggio comune a livello nazionale e per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

In tale progetto si colloca il mattone “Ospedali di riferimento”, coordinato dal Ministero della Salute, con l’obiettivo di definire una metodologia finalizzata alla identificazione di ospedali/centri di riferimento per l’alta specialità e per le malattie rare, attraverso criteri di valutazione della referenza delle strutture ospedaliere basati su sistemi di indicatori.

L’espressione “Centro di Riferimento” (CR) identifica strutture ospedaliere o unità organizzative di altissima specialità e complessità, con organizzazione dipartimentale, situate strategicamente nel territorio nazionale, collegate in rete con le strutture equivalenti per disciplina a livello regionale, nazionale ed europeo, in modo da realizzare un proficuo scambio di personale e conoscenze. Essi si pongono in asse con le strutture erogatrici presenti a livello territoriale che con esso si connettono e si integrano, assicurando il coordinamento e il trasferimento delle conoscenze e promuovendo l’implementazione dei determinanti del Governo Clinico.

Risultati e Discussione

Nella prima fase del progetto si è proceduto alla raccolta e alla valutazione di esperienze internazionali, allo studio della normativa nazionale e della normativa regionale, all’analisi di esperienze di valutazione strutturale in ambito internazionale, nazionale e regionale e all’analisi di esperienze di utilizzo di *Clinical Governance* e di indicatori di *performance*. Sono state individuate le alte specialità e le malattie rare oggetto del lavoro, in particolare, sono state selezionate, sulla base di criteri quali l’elevato impegno tecnologico, la complessità strutturale e le patologie ad elevato impatto numerico ed economico, le alte specialità Oncoematologia (nelle due tipologie, pediatrica e per adulto), Grandi ustioni, Neuroriabilitazione, Trapianti (di cuore, polmone, rene, pancreas, fegato), Pediatria (TIN, Cardiocirurgia, Neurochirurgia), *Trauma System* e *Trauma Center*. Per le Malattie rare, lo studio, discusso e definito con la collaborazione e il supporto tecnico-scientifico di esperti sia del Tavolo interregionale permanente sia del Centro Nazionale per le Malattie Rare istituito presso l’ISS, ha portato alla selezione delle patologie rarissime di interesse monospecialistico (malattie oculari) e delle patologie che costituiscono un gruppo eterogeneo di forme cliniche rare con interessamento di molti organi, e quindi necessità di trattamento multidisciplinare (malattie metaboliche).

Nella seconda fase del progetto, con il fine di costruire, con metodologie valide e robuste, criteri per l’individuazione di centri di riferimento nel contesto dei Sistemi Sanitari Regionali, è stato progettato un sistema multidimensionale di indicatori idonei per la caratterizzazione della referenza.

In particolare, sono state considerate 9 dimensioni di valutazione (Attività, Outcome, Area Economica, Governo Clinico, Struttura, *Health Technology Assessment*, *Stakeholder*, Integrazione e Sistemi Informativi) e per ciascuna di esse proposto un set di indicatori classificabili in 3 classi:

- A: indicatore fattibile, fruibile in tempi brevi attraverso i flussi informativi correnti o eventuali indagini ad hoc di breve durata;
- B: indicatore importante ai fini della valutazione, ma non disponibile in tempi brevi, per cui è opportuno attivare un idoneo flusso informativo o modalità di rilevazione specifiche a medio-lungo termine;
- C: indicatore di minore importanza per la valutazione del fenomeno e/o di ridotta fattibilità rispetto alle risorse necessarie a renderlo calcolabile. Gli indicatori sono stati poi suddivisi in classi per un totale di 76 (tabella 1). Gli indicatori proposti per la valutazione della referenza, sono stati raccolti in un manuale. Per quelli innovativi, per i quali non esistono flussi informativi correnti, è stato necessario realizzare e somministrare un questionario *ad hoc* per sperimentare la disponibilità, direttamente dalle strutture coinvolte, di rilevare le informazioni non altrimenti reperibili.

Per quest’ultima fase sono state considerate solo le alte specialità e le discipline di cardiocirurgia pediatrica, neurochirurgia pediatrica ed oncoematologia.

Il questionario è stato realizzato da un team di esperti, che ha delineato gli ambiti da approfondire, le informazioni di carattere clinico, sanitario e organizzativo da richiedere, la formulazione delle domande e l’organizzazione dell’intero questionario. La prima parte è volta alla raccolta delle informazioni circa il complesso della struttura di

ricovero alla quale è indirizzata l'indagine, in particolare dati anagrafici della struttura e del referente del questionario e dati a carattere generale riguardanti il Governo Clinico, l'*Health Technology Assessment* (HTA), i Sistemi informativi e gli *stakeholders*; la seconda parte è dedicata alla raccolta delle informazioni specifiche relative al complesso delle Unità Operative del Dipartimento in cui viene effettuata l'attività di oncematologia, cardiocirurgia pediatrica e neurochirurgia pediatrica; in particolare le informazioni anagrafiche, Strutturali, di Attività, Personale, Governo Clinico, Sistemi informativi, Integrazione, Area economica e Stakeholder (pazienti).

Parallelamente, è stata realizzata un'applicazione utilizzando il linguaggio di programmazione *Visual Basic for Application* (VBA), integrato in Microsoft Excel, che ripropone su PC l'esatta struttura del questionario cartaceo. L'impiego di questo strumento informatico ha consentito di offrire al referente di ciascuna struttura un sistema semplice, veloce ed efficiente per la compilazione e l'invio automatico via e-mail del questionario compilato presso il Ministero della Salute, per le successive elaborazioni. Strumento che si è dimostrato utile per lo svolgimento della fase di raccolta e la predisposizione dei dati necessari per il calcolo degli indicatori.

Gli istituti coinvolti nella fase sperimentale sono stati selezionati sulla base di valutazioni descrittive effettuate sull'archivio nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2004. Le strutture interessate sono state complessivamente 126, distribuite su tutto il territorio nazionale con una concentrazione maggiore nel Nord. Si riporta nel grafico 1 la distribuzione delle strutture per ciascuna specialità.

Le informazioni raccolte tramite il questionario, insieme a quelle rilevate con i flussi informativi correnti del SIS (es. SDO, modelli HSP, CE, etc.), sono state utilizzate per l'elaborazione degli indicatori rispettivamente di classe B e A.

Gli indicatori forniscono elementi informativi di vario grado e pertanto è risultato necessario formulare un sistema di pesi per ciascuna delle dimensioni e per ciascuna disciplina. Ciò è stato fatto attraverso il coinvolgimento di diversi esperti che hanno attribuito autonomamente un punteggio ad ogni singolo indicatore e ad ogni dimensione in un range predefinito. Il peso attribuito ad ogni dimensione è indipendente dai pesi attribuiti a ciascun indicatore facente parte della dimensione considerata.

Per la valutazione della referenza si sta procedendo con l'applicazione di due metodologie statistiche: la *Balanced Scorecard* (BS) e gli indici sintetici di qualità. Il primo è uno strumento per l'analisi, il monitoraggio e la gestione strategica di un'organizzazione, proposta negli anni '90 da Norton e Kaplan per il controllo della gestione aziendale. Si individuano quattro prospettive strategiche per l'aggregazione degli indicatori: economico-finanziaria, paziente (*stakeholder*), processi interni (attività, outcome, Governo Clinico, HTA e struttura), crescita ed apprendimento (integrazione, sistemi informativi, Governo Clinico e *stakeholder*); si assegna un peso e un punteggio ad ogni indicatore; si ottiene: un indicatore globale risultante dall'aggregazione dei diversi indicatori che fanno parte della dimensione considerata; un punteggio globale della BS (con diverse pesature delle quattro dimensioni); lo *Score* della BS; la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi; la combinazione dei risultati e lo *star rating*.

La seconda procedura prevede la valutazione della referenza tramite la definizione di un indice sintetico che riassume i valori degli indicatori contenuti nelle dimensioni. Il metodo proposto per combinare gli indicatori nell'indice è quello di assegnare un punteggio normalizzato che tenga conto dei valori massimo, minimo ed effettivo dell'indicatore. L'indice viene definito dalla somma dei punteggi dati ad ogni indicatore precedentemente moltiplicati per il rispettivo peso.

Si riportano di seguito alcuni risultati sulla rispondenza¹ e sulla capacità informativa rilevata attraverso il questionario *ad hoc*. Tutto il materiale elaborato dal progetto sarà reso disponibile sul sito del Ministero della Salute (manuale indicatori, questionario, scheda attribuzione pesi...).

Il numero complessivo delle strutture che ha inviato il questionario è pari a 78 e corrisponde al 61% del totale degli istituti selezionati. La situazione è diversificata per specialità: per l'oncoematologia, una rispondenza media complessiva pari al 63%, corrispondente al 59% del volume d'attività; per la cardiocirurgia pediatrica una rispondenza complessiva pari al 39%, corrispondente al 65% del volume d'attività; infine per la neurochirurgia pediatrica una rispondenza complessiva pari al 58%, corrispondente al 71% del volume d'attività.

Per quanto concerne la rispondenza media alle singole domande del questionario, nelle dimensioni considerate nella parte prima (Governo Clinico, Sistemi informativi e *Stakeholder*) si ha un valore prossimo al 100%, mentre nell'HTA è pari al 68%.

¹La rispondenza media è data dal rapporto tra gli istituti rispondenti sul totale degli istituti selezionati e la rispondenza per volume d'attività è data dal rapporto tra il numero di ricoveri degli istituti rispondenti sul totale dei ricoveri degli istituti selezionati.

Nella parte seconda, per l'Oncoematologia si registrano risposnde superiori al 50% in tutte le dimensioni analizzate (Dati strutturali e di attività, Personale, Sistemi informativi, Integrazione, Area economica, Stakeholder) tranne per l'Area economica che si attesta al 46%; per la Cardiocirurgia pediatrica le risposnde medie sono prossime al 100% nelle dimensioni "Dati strutturali e di attività" e "Sistemi informativi", mentre è pari a circa il 50% nella dimensione "Area economica"; per la Neurochirurgia pediatrica la risposnda media è superiore al 50% per tutte le dimensioni considerate, tranne per la dimensione "Integrazione" che è pari al 24%.

L'analisi della fattibilità degli indicatori di classe B mostra la correlazione della validità delle risposde con la effettiva calcolabilità degli stessi. Nella parte prima del questionario risulta che la calcolabilità media è superiore all'80% in tutte le dimensioni considerate. Nella parte seconda si registrano valori non superiori al 30% nella dimensione "Area economica" per le due specialità Cardiocirurgia pediatrica e Neurochirurgia pediatrica; in particolare, per quest'ultima si osservano valori inferiori al 50% nella dimensione *Stakeholder*. Per la specialità Oncoematologia si rilevano, in tutte le dimensioni, valori superiori al 50%.

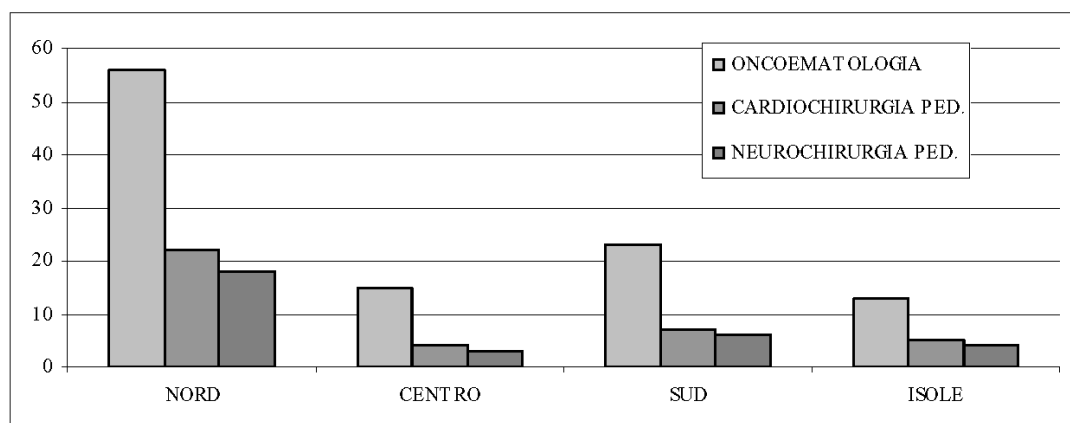
Alla luce di quanto emerso nella duplice analisi di risposnda alle domande e fattibilità degli indicatori, si osserva, nel complesso, una buona rilevabilità delle informazioni necessarie all'elaborazione degli indicatori. Tuttavia si manifestano delle criticità nel reperimento delle informazioni relative agli indicatori dell'area economica; tali criticità sono addebitabili alle difficoltà della struttura di rilevare valori di costo imputati ai singoli dipartimenti. I risultati ottenuti sono in linea con quelli attesi.

A conclusione dei lavori verranno studiati, analizzati e confrontati i risultati raggiunti da entrambi i modelli proposti. Ciò ci consentirà di ottenere informazioni utili a definire un set valido di indicatori tra quelli oggi sperimentati e offrirà elementi per la discussione dello stesso su altre discipline.

Tabella 1 - *Classificazione degli indicatori*

Dimensione	Classe A	Classe B	Classe C	Totale
Attività	8	-	-	8
Outcome	2	-	14	16
Economica	3	1	2	6
Governo Clinico	-	6	-	6
Struttura	-	7	1	8
Health Technology Assessment	-	7	-	7
Stakeholder	1	12	-	13
Integrazione	-	8	-	8
Sistemi informativi	-	4	-	4
Totale	14	45	17	76

Grafico 1 - *Distribuzione degli istituti coinvolti nella fase sperimentale per ciascuna specialità*



Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS)

Dott.ssa Maria Giuseppina La Falce

La realizzazione del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria

Con l'articolo 1, comma 288 della legge finanziaria 2006 è stata prevista la realizzazione presso il Ministero della Salute del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS), le cui modalità di attuazione sono state successivamente definite con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze (1).

Il SIVeAS è un sistema nazionale di coordinamento per la verifica ed il controllo dell'assistenza sanitaria con l'obiettivo di razionalizzare le attività in materia di assistenza sanitaria.

Gli obiettivi che la legge ha affidato al SIVeAS sono:

- a) verifica che ai finanziamenti erogati corrispondano servizi per i cittadini
- b) verifica che nella erogazione dei servizi vengano rispettati criteri di efficienza ed appropriatezza.

Il legislatore ha definito un sistema relazionale, che in realtà si realizza nella funzione di raccordo tra le varie competenze, già affidate dalle norme vigenti alle istituzioni ed organismi esistenti, con lo scopo di garantire il coordinamento delle relative attività ed il raggiungimento degli obiettivi della verifica e controllo dell'assistenza sanitaria e di produzione di buone pratiche.

Il SIVeAS è istituito in una fase della programmazione sanitaria nazionale nella quale, a seguito delle modifiche intervenute al Titolo V della Costituzione con le nuove competenze poste in capo alle regioni in materia di tutela della salute ed il contestuale rafforzamento della centralità dei Livelli Essenziali di Assistenza (definiti per la prima volta con DPCM nel novembre 2001), si avverte l'esigenza di un coordinamento generale di tutti gli interventi posti in essere dal Governo e dalle Regioni per la verifica della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di efficienza ed efficacia.

Contesto istituzionale di riferimento

Il contesto storico di riferimento degli ultimi anni, a partire dall'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, aveva visto l'introduzione di un meccanismo di verifica periodica degli impegni assunti dalle regioni il cui mancato rispetto comportava per le regioni inadempienti il ripristino del livello di finanziamento precedentemente stabilito.

A partire da tale data l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale a carico dello Stato è stato legato alla verifica del rispetto da parte delle regioni degli impegni assunti.

Con legge finanziaria 2005 (legge 30 dicembre 2004, n.311) tale accesso è stato subordinato al rispetto di tutti gli adempimenti già previsti dalla legislazione vigente e ne sono stati definiti, con la successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ulteriori per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario, per garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione. L'intesa stabiliva, in ogni caso, l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie Aziende Sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio.

Si conveniva che, in caso di mancato raggiungimento di tale equilibrio e di mancato mantenimento dell'erogazione dei LEA, le regioni potessero stipulare, con i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, un apposito accordo con il quale individuare gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, secondo le modalità fissate dalla stessa legge finanziaria. Tale accordo doveva essere accompagnato da un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, c.d. Piano di rientro dai disavanzi (c.d. Piano di rientro) e si prevedevano modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze.

L'accordo (previsto dalla medesima legge finanziaria articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311) costituiva la condizione necessaria per la riattribuzione alla singola regione del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Infine, con il Patto per la salute e la legge finanziaria 2007 (legge 23 dicembre 2006, n.296-art. 1, comma 796,

lettera b) si prevede l'istituzione di un Fondo transitorio di sostegno per le regioni in difficoltà, che ha come condizione la sottoscrizione dell'apposito accordo, comprensivo di un Piano di rientro dai disavanzi, che deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei livelli essenziali di assistenza, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010.

La legge finanziaria specificamente dispone che il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, assicura l'attività di affiancamento delle regioni, che hanno sottoscritto gli Accordi sui Piani di rientro dai disavanzi(1), sia ai fini del monitoraggio degli stessi, sia per i provvedimenti regionali sottoposti a preventiva approvazione da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e Finanze, sia per i Nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive di supporto tecnico, nell'ambito del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (3).

Gli accordi sono finalizzati a sbloccare le maggiori assegnazioni di risorse per il finanziamento dei Servizi Sanitari Regionali, il cui blocco era scattato nei confronti delle regioni inadempienti rispetto a quanto pattuito con l'Accordo dell'8 agosto 2001.

Va evidenziato che tali accordi non prevedono risorse aggiuntive da parte dello Stato finalizzate al ripiano dei disavanzi, ma anzi presuppongono l'impegno delle regioni a ripianare i disavanzi medesimi al fine di assicurare la copertura dei disavanzi accumulati, garantire il superamento delle cause strutturali dei disavanzi ed il pieno mantenimento dei LEA.

Le attività del Ministero della Salute che afferiscono al SIVeAS

Le principali attività che afferiscono al SIVeAS di competenza del Ministero della Salute sono costituite dalla verifica del raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale, che si realizza attraverso il sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (4), attraverso indicatori e parametri di riferimento rilevanti ai fini del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.

In questo quadro si inserisce l'attività del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, istituito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, cui è affidato il compito di verifica dell'erogazione di tali livelli in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e di verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione¹.

Al Comitato è affidato il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, il Comitato verifica gli adempimenti cui sono tenute le regioni sotto il profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza ai fini dell'accesso all'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato e ne certifica gli esiti al Tavolo tecnico presso il Ministero dell'Economia e Finanze; verifica la realizzazione dei piani regionali di contenimento delle liste di attesa; svolge attività di monitoraggio del rapporto costi/Livelli Essenziali di Assistenza e di sviluppo di una metodologia per l'analisi delle condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse nell'erogazione dei LEA.

Con il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 (5) sono state introdotte alcune significative novità ed innovazioni in materia di tempi di attesa, in quanto il problema viene affrontato su due dimensioni, per ciascuna delle quali si individuano precise responsabilità nella gestione dei tempi di attesa.

La prima si riferisce all'obbligo previsto per le regioni di dotarsi di uno strumento programmatico unico e integrato, attraverso i Piani regionali, nel quale fare confluire e rendere coerenti tutti gli atti e provvedimenti già adottati sul tema delle liste di attesa. Ciò con l'obiettivo di garantire un generalizzato abbattimento dei tempi di attesa agendo, sia sul lato della domanda che su quello dell'offerta, in modo che sotto tutti gli aspetti del sistema regionale si possa registrare maggiore rapidità nella capacità di risposta alla richiesta di prestazioni appropriate.

L'attività di monitoraggio dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza è svolta dal Ministero della Salute e dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali afferisce al SIVeAS per l'attività di supporto al Ministero della Salute ed alle regioni in materia di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza.

¹Istituito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, costituito con decreto del Ministro della Salute del 21 novembre 2005, è composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e delle regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle regioni.

Altra attività è costituita dall'esercizio del potere di accesso presso le aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, che consta nella potestà di effettuare ispezioni amministrative per la vigilanza della gestione delle unità sanitarie locali e sull'attuazione del piano sanitario nazionale².

Il potere di accesso del Ministero della Salute è stato esteso, dalla legge finanziaria 2004 a tutti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie ed integrato con la potestà di verifica presso le aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, compresa la verifica dei relativi tempi d'attesa³.

Il SIVeAS mette in sinergia anche il Sistema Nazionale Linee Guida, per gli aspetti concernenti la razionalizzazione dei percorsi di cura e l'incremento dell'appropriatezza (6), così come il Nuovo Sistema Informativo Sanitario ai fini del monitoraggio dell'assistenza sanitaria e l'attività dell'Agenzia italiana del farmaco in ordine alla verifica dell'assistenza farmaceutica compresa nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Al fine di assicurare le finalità del Ministero della Salute e per garantire un qualificato apporto all'azione di coordinamento nel quadro della programmazione sanitaria nazionale di tutti gli organismi ed enti operanti nell'ambito del SIVeAS, è stata prevista la possibilità per il Ministero della Salute di avvalersi di esperti e della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, operanti nel campo della valutazione degli interventi sanitari.

Gli ambiti di intervento

In questo quadro di contesto si individuano quattro direttrici cui possono corrispondere linee di intervento del SIVeAS:

- le regioni a statuto ordinario;
- le regioni a statuto speciale;
- il gruppo delle regioni in difficoltà economico finanziaria che presentano caratteristiche comuni;
- le singole regioni che stipulano accordi sui Piani di rientro dai disavanzi.

Gli ambiti di intervento possono ricondursi a due macro-aree, tra di loro necessariamente interdipendenti e comunicanti:

1. l'area delle garanzie del raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale e supporto al Ministero della Salute nelle attività relative al sistema di garanzie e alla verifica dell'erogazione dei LEA;
2. l'area dell'affiancamento alle regioni che hanno stipulato l'Accordo complessivo di Piano di rientro dai disavanzi.

1. Area delle garanzie del raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale

L'area copre le esigenze di supporto al Ministero della Salute nelle proprie attività relative a :

- a. Il sistema di garanzie di cui al DM 12 dicembre 2007, attuativo dell'art. 9, dlgs 56 18 febbraio 2000⁴;
- b. La verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

I soggetti istituzionali coinvolti sono:

A livello centrale:

- Ministero della Salute-Direzione generale (DG) Programmazione sanitaria, LEA e principi etici di sistema, coadiuvato dalle risorse esterne del SIVeAS (esperti; istituti di ricerca, strutture pubbliche o private, società scientifiche; personale del Nucleo SAR);
- Ministero della Salute-DG Sistemi Informativi;
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali;
- Comitato per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza e appropriatezza;
- AIFA;
- Ministero dell'Economia e Finanze-RGS IGESPES.

²Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), di cui all' art. 2, comma 6 del decreto-legge 29 agosto 1984, n.528, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n.733, integrato dall'articolo 4, comma 2 della legge 1° febbraio 1989, n.37 ed esteso, ai sensi dell'articolo 1, comma 172 della legge 30 dicembre 2004, n.311, a tutti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie.

³Esercizio da parte del Ministero della salute della potestà di verifica, ai sensi dell'articolo 1, comma 172 della legge 30 dicembre 2004, n.311.

⁴Sistema di garanzia del raggiungimento, in ciascuna regione, degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale per il " (...) monitoraggio dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata in ogni regione, (...) la verifica del rispetto delle garanzie di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e delle compatibilità finanziarie di cui all'articolo 1, comma 3, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992).

A livello regionale:

- tutte le regioni;
- le sole regioni a statuto ordinario.

2. Area dell'affiancamento alle regioni con Piano di Rientro

L'area copre le esigenze di supporto al Ministero della Salute nelle proprie attività relative all'affiancamento alle attività di programmazione, gestione e valutazione dei Servizi Sanitari Regionali nelle regioni che hanno stipulato l'accordo di cui all' art. 1, c.180 della legge 311/2004, comprensivo di Piano di rientro dai disavanzi (Pdr) e, in particolare, nelle attività relative a:

- a. la preventiva approvazione dei provvedimenti predisposti dalle singole regioni in attuazione di quanto previsto nei rispettivi Piani di rientro 2007-2009;
- b. il coordinamento dei Nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni di supporto tecnico;
- c. il monitoraggio dell'attuazione e dell'impatto dei Pdr, a livello regionale ed interregionale.

I soggetti istituzionali coinvolti sono:

A livello centrale:

- Ministero della Salute-DG Programmazione sanitaria, coadiuvato dalle risorse esterne del SIVeAS (esperti, singoli e istituti di ricerca; personale del Nucleo SAR);
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali;
- Ministero dell'Economia e Finanze –RGS IGESPE.

A livello regionale:

- tutte le regioni che hanno stipulato l'accordo di cui all' art. 1, c.180 della l 311/2004;
- le singole regioni che hanno stipulato l'accordo di cui all' art. 1, c.180 della l 311/2004.

Si prevede, infatti, che il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, assicuri l'attività di affiancamento delle regioni, che hanno sottoscritto gli Accordi sui Piani di rientro dai disavanzi (2), sia ai fini del monitoraggio degli stessi, sia per i provvedimenti regionali sottoposti a preventiva approvazione da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e Finanze, sia per i Nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive di supporto tecnico, nell'ambito del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (3).

I vari interventi e strumenti oggetto dei contributi richiesti a singoli esperti, centri collaborativi e uffici ministeriali coinvolti nel SIVeAS per l'adempimento alle diverse indicazioni normative di riferimento si riconducono alle seguenti nove Linee di attività, individuate per il triennio 2007-2009:

I. Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza:

- I.1 Domanda e offerta di prestazioni e servizi nei SSR.
- I.2 Regolamentazione degli scambi di prestazioni nei/tra SSR.
- I.3 Costi delle prestazioni e dei servizi nei SSR: costi osservati e "costi standard".
- I.4 Tempi di attesa.
- I.5 Rispetto della normativa vigente nella erogazione delle prestazioni.

II. Promozione e valutazione dell'efficienza gestionale:

- II.1 Governo del personale.
- II.2 Governo degli acquisti di beni e servizi.
- II.3 Controlli interni.

III. Promozione e valutazione dell'efficacia e della qualità:

- III.1 Valutazione degli esiti: approcci e indicatori per area.
- III.2 Valutazione della qualità percepita.

IV. Promozione e valutazione dell'Appropriatezza:

- IV.1 Appropriatezza organizzativa.
- IV.2 Appropriatezza clinica.

V. Accredimento e organizzazione dell'offerta:

- V.1 Accredimento degli erogatori nei SSR.
- V.2 Organizzazione dell'offerta.

VI. Accessibilità:

- VI.1 Forme di partecipazione ai costi delle prestazioni.
- VI.2 Libera professione.

VII. Assistenza socio-sanitaria:

- VII.1 Programmazione e finanziamento.
- VII.2 Organizzazione e gestione.
- VII.3 Valutazione.
- VIII. Confronti internazionali e integrazione delle Basi-Dati:
 - VIII.1 Indicatori LEA: Italia vs Europa.
 - VIII.2 Indicatori OCSE: fabbisogno informativo e sistema di analisi.
- IX. Affiancamento alle regioni con Piano di rientro dal disavanzo:
 - IX.1 Modalità di affiancamento a livello centrale.
 - IX.2 Monitoraggio dell'attuazione dei Pdr.
 - IX.3 Monitoraggio dell'impatto dei Pdr.
 - IX.4 Modalità di affiancamento a livello regionale.
 - IX.5 Attività di partnership tra regioni.

Riferimenti bibliografici

- (1) Decreto del 17 giugno 2006, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 16 agosto 2006 n. 189.
- (2) Articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.
- (3) Articolo 1, comma 796 lettera b) legge 296/2006.
- (4) Articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000 n. 56.
- (5) Intesa tra Stato e Regioni del 28 marzo 2006, in attuazione dell'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.
- (6) Decreto del Ministro della Salute 30 giugno 2004.

Salute orale ed assistenza odontoiatrica

Prof. Giorgio Liguori, Dott. Antonino Parlato, Dott.ssa Gabriella Sebastiani, Dott.ssa Rossella Agliata, Dott. Mauro Ghisolfi, Prof.ssa Laura Strohmenger

L'assistenza odontoiatrica costituisce il settore in cui il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha tradizionalmente presentato un impegno limitato malgrado le molteplici implicazioni di carattere sanitario e sociale.

In Italia (Istat-indagine Multiscopo 2005) in sole quattro settimane sono state effettuate 31.213.000 visite mediche (media 1.9 visite/persona) di cui la metà (46,4%) di tipo specialistico (14.475.000) con un incremento, rispetto ai cinque anni precedenti, del +16,7%; tale incremento si è verificato soprattutto al Sud e nelle Isole e per gli ultrasessantacinquenni (+36,7%).

Tra le specialistiche, le visite odontoiatriche sono le più numerose (26,9%) e per la quasi totalità (92%) risultano interamente a carico dei cittadini (56,8% la quota di spesa media a carico delle famiglie per tutte le visite specialistiche; 47,8% se si escludono le visite odontoiatriche) (tabella 1) (1).

Nel nostro paese si spendono 10.000.000 di euro/anno per spese dentistiche; nel 2001 (Fonte Altroconsumo), la spesa media per cure odontoiatriche è risultata pari a 167 euro/abitante e 1.247/famiglia.

Il 70,5% degli italiani non si è mai rivolto ad un servizio di odontoiatria pubblica e solo l'1,5% della spesa sanitaria nazionale viene destinata a tali scopi. Sebbene simili problemi siano comuni a quasi tutti i sistemi sanitari europei, i volumi di prestazioni a carico del settore pubblico, indipendentemente dalla natura pubblica o privata convenzionata del soggetto erogatore, nel nostro paese sono i più bassi, con 0,6 visite/abitante/anno rispetto alle 1,4 in Germania, 1,8 in Belgio e 2,1 in Olanda (2, 4).

Ciò comporta un serio limite al principio fondamentale della globalità delle prestazioni offerte dal SSN e può creare disuguaglianze in ragione degli alti costi di quanto offerto nel libero mercato. A tal proposito, viene segnalato in sensibile aumento il fenomeno del "turismo dentistico", soprattutto verso taluni Paesi dell'Est (Croazia, Repubblica Ceca, Ungheria) perché il costo complessivo di viaggio, albergo e cure dentistiche è inferiore a quello che sarebbe il costo delle sole cure in Italia. In Svizzera, Austria, Germania e Belgio si pagano cifre inferiori anche del 20-30% (5).

Molti sono i fattori che influenzano la pratica professionale odontoiatrica: la situazione economica del paese, l'offerta del sistema sanitario, l'innovazione tecnologica, il quadro epidemiologico delle malattie, l'evoluzione della società e dei bisogni dei pazienti, i risultati della ricerca scientifica, lo stato economico dei cittadini ed il contesto sociale e professionale.

D'altra parte, i numeri dicono che vi sono oggi in Italia oltre 51.000 odontoiatri (per il 2020 ne sono previsti più di 54.000) e 1.600 igienisti dentali con 32.000 studi/ambulatori ed un rapporto dentista/pazienti di 1/1.200 (standard internazionale 1/2.000). I corsi di laurea in "Odontoiatria e Protesi Dentaria" sono 30 con oltre 7.000 studenti iscritti. Quanto ai professionisti, il 94% lavora in strutture private, mentre solo il 6% opera in strutture pubbliche (3, 4, 6, 7).

Relativamente alle prestazioni, i dati ministeriali di una recente sperimentazione relativi agli anni 2003-2004 sono disponibili solo per alcune regioni italiane, in particolare del Centro-Nord. Per quanto limitati e parziali, tali dati confermano come, in Italia, siano molte le differenze territoriali, con realtà che si muovono meglio di altre. Accanto alla Provincia Autonoma di Trento, dove vengono realizzati anche programmi di prevenzione in età pediatrica ed a regioni come Emilia-Romagna, Marche e Toscana, ve ne sono altre in cui non risultano nemmeno garantiti i livelli minimi di assistenza (8-11).

In odontoiatria, a tutt'oggi, gli interventi preventivi sono stati orientati soprattutto alle campagne di promozione della salute dentale rivolte ai soggetti di età fino a 14 anni, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e le pediatrie di comunità distrettuali delle aziende USL, con l'adozione di comportamenti positivi di prevenzione individuale primaria e secondaria e con incremento del ricorso alle cure di tipo preventivo e conservativo; minore attenzione è stata invece posta alla diffusione dell'offerta di servizi diagnostici e terapeutici a carico del SSN, come si evidenzia dai piani sanitari regionali, la più parte dei quali non fa neppure cenno alla prevenzione ed alla terapia odontoiatrica in genere (5, 6).

La normativa nazionale in materia è costituita principalmente dall'art. 2 del D.Lgs. 229/99 che definisce i criteri per la determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e disciplina il funzionamento dei Fondi integrativi del SSN, e dal DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Tali documenti dettano le indicazioni nazionali che limitano la competenza del SSN ai "Programmi di tutela della salute odontoiatrica" in età evolutiva ed alla "Assistenza odontoiatrica e protesica verso soggetti in condizione di particolare vulnerabilità", affidando ai Fondi integrativi del SSN l'assistenza odontoiatrica per i servizi complementari.

Nella finanziaria 2007 sono stati stanziati ulteriori 3 miliardi di euro per incrementare il fondo del programma

straordinario di investimento di edilizia sanitaria individuando precise priorità di intervento ed, in particolare, per l'ammodernamento delle strutture pubbliche di odontoiatria nel rispetto dei requisiti strutturali impiantistici e tecnologici.

L'attività odontoiatrica erogata dal SSN è stata messa al centro della revisione dei LEA nella redazione del Patto per la Salute dalla Conferenza Stato-Regioni (ottobre 2006), per il triennio 2007-2009: è previsto il monitoraggio sulla effettiva erogazione dei LEA attraverso un set di nuovi indicatori oltre ad una revisione straordinaria dei livelli in vigore dal primo gennaio 2007 per eliminare le prestazioni obsolete ed inappropriate.

Tabella 1 - Visite specialistiche effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista per tipo di visita specialistica - Anno 2005

Tipo di visita specialistica	Per 100 visite specialistiche	Migliaia	Δ % rispetto al 1999-2000	% a pagamento intero/100 visite specialistiche
Odontoiatrica	26,9	3.894	2,3	92,0
Ortopedica	11,4	1.653	16,7	45,8
Altra specialistica	11,0	1.590	14,9	37,6
Oculistica	10,8	1.566	3,6	50,7
Cardiologica	9,5	1.374	34,3	31,3
Ostetrico-Ginecologica	8,1	1.166	3,5	64,5
Otorino-Laringoiatra	4,3	619	-3,7	42,5
Neurologica	3,6	517	28,6	39,5
Urologica	3,5	501	35,4	31,1
Dermatologica	3,4	495	2,9	52,8
Gastro-Enterologica	2,8	401	5,5	34,0
Psichiatrica, Psicologica	2,0	295	18,5	32,2
Dietologica	1,8	255	32,8	57,1
Geriatrica	1,0	149	33,0	27,3
Totale	10,0	14.475	10,5	56,8

Fonte dei dati e anno di riferimento: Indagine Multiscopo Istat. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - Anno 2005". 2 marzo 2005.
- (2) Chen M, Andersen RM, Barnes DE, Leclercq MH, Lyttle CS. Comparing Oral Health Care Systems: A Second International Collaborative Study - World Health Organization. World Health Organization London, 1997.
- (3) Aldo Piperno. www.censis.it/277/372/4976/2318/cover.asp, articolo del 24 settembre 2003.
- (4) G. Citoni e A. Piperno. "Formazione e produttività: il caso dei dentisti italiani" Franco Angeli Editore, fascicolo 5, 1998.
- (5) Stefano Quaranta. Dentisti...Pubblici www.emergenzasalute.blogosfere.it/2006/03/dentistipubblic.html 6 marzo 2007.
- (6) Cressati S. Salute dei denti: visite e cure gratuite per i bambini toscani. Quotidiano Telematico dell'Agenzia di Stampa della Giunta Regionale Toscana del 26.7.2006 www.primapagina.regionetoscana.it.
- (7) Strohmenger L. Oral health and Public Health. J Gerontol 2006, LIV: 110-4.
- (8) Giunta della Regione Emilia Romagna. Deliberazione del 20 dicembre 2004 (progr. n. 2678/2004). Approvazione del Programma "Assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione di livelli aggiuntivi".
- (9) Giunta Regionale Emilia Romagna - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. Deliberazione del 20.12.2004 n°26781 "Definizione delle condizioni di vulnerabilità sanitaria" Prot n. ASS/DIR/05/21116 del 3.6.2005.
- (10) Battistoni R, Dolcini F, Polverini F e Morbidoni M. "Indagine sulla prevalenza della carie dentaria e della malocclusione tra i bambini delle classi terze elementari della Zona Territoriale n.7 di Ancona". ASUR ZT 7 Regione Marche (Dipartimento di Prevenzione, U.O. Epidemiologia, Distretti Sanitari e Specialistica Ambulatoriale) ottobre 2005.
- (11) Gentili G e Paolinelli M. I distretti sanitari delle Marche: rassegna di progetti ed esperienze. Esseditrice Ed. Roma 2005 (pp 189-206).
- (12) Giunta Regionale Toscana - Delibera 537/2006 "Odontoiatria: un percorso sostenibile. Indirizzo alle ASL per la prevenzione in età evolutiva".

Livello di istruzione e ospedalizzazione potenzialmente evitabile nel Lazio

Dott.ssa Laura Cacciani, Dott. Aldo Rosano, Dott. Riccardo Salvatori, Dott.ssa Gabriella Guasticchi

Contesto

L'assistenza primaria svolge un ruolo sempre più importante nella prevenzione, gestione e cura di molte patologie acute e croniche, che si traduce in un minor numero di casi trattati in regime ospedaliero. È stato evidenziato, infatti, come le persone che più facilmente accedono alle cure primarie abbiano tendenzialmente una probabilità minore di subire un ricovero (1). Alcuni dei vantaggi che potrebbero derivare da una buona assistenza primaria riguarderebbero la riduzione delle liste di attesa e dei costi legati al ricovero e la diminuzione di problemi iatrogeni legati all'esposizione al rischio di infezioni ospedaliere.

L'ospedalizzazione potenzialmente evitabile si riferisce proprio a quei ricoveri per condizioni che sono suscettibili di appropriata e tempestiva assistenza primaria e che, per la loro natura, potrebbero essere evitati attraverso la preventiva e appropriata presa in carico del paziente in sede ambulatoriale. Tali condizioni vengono identificate in letteratura come *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), a partire dal lavoro di Weissman et al. (2). L'ospedalizzazione evitabile rappresenta un esito sanitario distinto dai ricoveri inappropriati. Si tratta, infatti, di condizioni per le quali, una volta manifestate, il ricovero si suppone necessario (3). Il tasso di ospedalizzazione evitabile è utilizzato correntemente come indicatore di prevenzione nell'ambito dei *Prevention Quality Indicators* (PSI), predisposti dall'Agenzia Federale Statunitense (*Agency for Healthcare Research and Quality*, AHRQ), ed è stato oggetto di una sperimentazione da parte dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) nell'ambito del progetto "Identificazione, sperimentazione e validazione di alcuni indicatori di qualità dei servizi e delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio".

In Italia, come all'estero, diversi studi hanno evidenziato l'esistenza di un'associazione tra fattori socio-economici e ospedalizzazione evitabile. Nella città di Bologna sono state evidenziate differenze nel rischio di ricovero per ACSC per livello di reddito, età e genere (4), mentre nella provincia di Roma è stato evidenziato come i fattori socio-economici di area siano associati all'ospedalizzazione per ACSC (5).

L'obiettivo di questa analisi è quello di descrivere il fenomeno dell'ospedalizzazione potenzialmente evitabile avvenuta nel Lazio durante il 2006 e di analizzare se esiste un'associazione con il titolo di studio rilevato a livello individuale attraverso fonte amministrativa.

Metodi

Attraverso il Sistema Informativo Ospedaliero del Lazio sono stati individuati i ricoveri erogati nella regione durante il 2006 (pari a 1.321.048). Ai fini della presente analisi sono stati selezionati 801.855 ricoveri per acuti, a carico del Servizio Sanitario Regionale, di residenti nel Lazio di 30 o più anni, escludendo i ricoveri per gravidanza e parto. Sono stati scartati dall'analisi per titolo di studio i ricoveri con codice errato (0,2%) e quelli con probabilità di misclassificazione del titolo di studio elevata, individuati tra quelli erogati da Istituti con distribuzione dell'informazione molto diversa dall'atteso (2,5%), ottenendo così 781.489 ricoveri. La distanza tra la distribuzione dei valori osservati e attesi è stata misurata attraverso l'indice di contingenza quadratica media Φ^2 (6).

La selezione delle diagnosi per ACSC è avvenuta in base ai criteri definiti in uno studio italiano (4), dove sono stati ripresi i criteri esplicitati nel contesto statunitense (2) ed europeo (7), riadattandoli al contesto italiano. Le condizioni evitabili selezionate sono state le seguenti: angina pectoris, appendicite acuta con complicazioni, asma, deficienze nutrizionali, diabete, amputazione degli arti inferiori tra ricoverati con diagnosi di diabete, disordini del metabolismo idro-elettrolitici, infezioni del tratto urinario, insufficienza cardiaca, ipertensione, malattie infiammatorie della tromba di Falloppio, malattie polmonari cronico-ostruttive, polmonite batterica, ulcera perforata con emorragia.

Attraverso la regressione logistica sono stati calcolati gli *Odds Ratio* (OR) per stimare l'associazione tra il titolo di studio e i ricoveri per cause evitabili rispetto a tutte le altre cause. La classificazione del titolo di studio utilizzata è stata la seguente: nessun titolo, licenza elementare, media inferiore, medie superiori e laurea; l'età in anni è stata raggruppata nelle classi 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e 70 e oltre. L'analisi è stata effettuata separatamente per regime di ricovero e genere ed è stata stratificata per classe d'età al fine di considerare l'interazione tra titolo di studio ed età.

Risultati e Discussione

Sono stati considerati 55.218 ricoveri avvenuti per cause evitabili (7,1% del totale selezionato). Di questi, il 79,2% è risultato a carico di persone ultrasessantenni rispetto al 58,1% nelle altre cause, analogamente a quan-

to emerso da uno studio simile condotto nella città di Bologna (4) il 78,6% è stato erogato in regime ordinario e il 51,7% a uomini. La tabella 1 mostra la distribuzione dei ricoveri per ACSC e per tutte le altre cause, per titolo di studio e per due grandi classi d'età (30-59 e 60 e più anni). È interessante notare come la percentuale di ricoveri evitabili sia risultata maggiore tra le persone con titolo basso (o nessun titolo) rispetto ai ricoveri per tutte le altre cause, sia tra i più giovani che tra gli anziani. Tale differenza è risultata per entrambi i due gruppi di età approssimativamente del 55% tra coloro che non possedevano alcun titolo di studio e del 45% (età 30-59 anni) e 19% (60+ anni) tra coloro che possedevano solo la licenza elementare.

Tabella 1 - Dimissioni nel Lazio per ACSC e per tutte le altre cause (valori assoluti e percentuali), per titolo di studio e classe d'età - Anno 2006

Titolo di studio	30-59 anni				60+ anni			
	ACSC		Altro		ACSC		Altro	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nessuno	189	1,64	3.228	1,06	3.457	7,91	21.411	5,07
Licenza elementare	1.710	14,87	31.268	10,28	25.339	57,96	206.123	48,85
Licenza media inferiore	4.745	41,26	117.730	38,69	9.553	21,85	114.878	27,22
Licenza media superiore	3.971	34,53	121.637	39,97	4.148	9,49	60.205	14,27
Diploma di laurea	884	7,69	30.434	10,00	1.222	2,80	19.357	4,59
Totale	11.499	100,00	304.297	100,00	43.719	100,00	421.974	100,00

Fonte dei dati e anno di riferimento: Laziosanità. Sistema Informativo Ospedaliero. Anno 2006.

La tabella 2 mostra i risultati del modello di regressione logistica in regime ordinario, separatamente per genere e classe d'età. Sia tra gli uomini che tra le donne il rischio di ospedalizzazione per ACSC è risultato associato con il possesso di un titolo di studio basso. Tra gli uomini tale rischio è apparso più elevato nella classe d'età 40-49, dove la probabilità di essere ricoverati per ACSC è risultata 4 volte superiore tra coloro che non possedevano alcun titolo di studio rispetto ai laureati (OR = 4,17; 95% IC: 2,62-6,64). Sono invece le donne di età compresa tra i 50 e i 59 anni senza titolo di studio ad avere avuto un maggiore rischio di essere ricoverate per cause evitabili (OR = 4,07; 95% IC: 2,74-6,03).

In regime di Day-Hospital non sono state evidenziate particolari differenze tra titolo di studio e ospedalizzazione per ACSC.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione potenzialmente evitabile nel Lazio ha dimensioni rilevanti: circa 7 ricoveri su 100 sono avvenuti nel 2006 per condizioni definibili come evitabili. Tra gli ultrasessantenni tale valore sale a 9 ricoveri su 100.

Il ricorso al ricovero per le ACSC può rappresentare una spia del funzionamento dell'assistenza sanitaria territoriale nel suo complesso, la cui misura può essere utilizzata ai fini della sua valutazione. Un eccesso di ospedalizzazione evitabile può pertanto suggerire il fallimento di parte degli obiettivi dell'attività di prevenzione primaria e secondaria e della medicina territoriale. È importante, quindi, individuare quali sono i complessi e poco espliciti meccanismi che determinano questo fenomeno. È ipotizzabile e in parte è noto che l'ospedalizzazione evitabile, così come quella generale, dipenda da una serie di fattori (la prevalenza e l'incidenza delle patologie nella popolazione in studio, le caratteristiche di salute individuali, la presenza di patologie concomitanti e le modalità dell'offerta ospedaliera) connessi con il rischio di ricovero, indipendentemente dall'assistenza primaria.

In questo studio tale molteplicità di fattori non è stata valutata. Piuttosto si è scelto di contribuire a indagare la relazione tra fattori socio-economici e ospedalizzazione evitabile, scegliendo come indicatore della posizione sociale l'istruzione, che ha evidenziato l'esistenza di un'associazione coerentemente con quanto evidenziato dalla letteratura al momento disponibile (4, 5, 8).

A partire da tale associazione è plausibile considerare il livello di istruzione come uno dei fattori che spiegano i ricoveri per ACSC. Infatti l'istruzione rappresenta, forse più di ogni altra dimensione sociale, le maggiori opportunità e capacità di utilizzare in maniera efficace l'assistenza primaria e la medicina preventiva da parte di un individuo e che si possono tradurre nella "prevenzione" di ricoveri evitabili.

Sono noti i limiti dell'uso del titolo di studio individuale da fonte amministrativa, legati soprattutto al rischio di misclassificazione dell'informazione. Nell'analisi svolta si è cercato di minimizzare questo rischio escludendo le strutture le cui informazioni sul titolo di studio apparivano non valide. Non esiste inoltre motivo di ritenere che sia presente una misclassificazione di tipo differenziale. D'altro canto, l'utilizzo di informazioni a livello individuale si traduce nell'importante vantaggio di non incorrere nella fallacia ecologica, che riguarda la distorsione che si può verificare quando si attribuiscono agli individui effetti osservati a livello collettivo.

L'analisi dell'ospedalizzazione evitabile nel Lazio offre importanti spunti nella valutazione e programmazione degli interventi sanitari, sia per la prevenzione di malattie acute e croniche, sia per la loro gestione attraverso una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo. Ulteriori sviluppi dello studio potranno riguardare l'approfondimento degli elementi che sono alla base della relazione tra fattori sociali e accesso ai servizi di prevenzione e cura e lo studio di altri fattori socio-economici individuali (occupazione) e di contesto.

Se attraverso altri studi i fattori socio-economici potranno essere considerati come esplicativi del rilevante fenomeno dell'ospedalizzazione evitabile nel Lazio, si potrebbe procedere a individuare e valutare se forme di incentivazione ai Medici di Medicina Generale, finalizzate alla presa in carico da parte loro dei pazienti più svantaggiati, potranno ridurre il fenomeno dell'ospedalizzazione evitabile.

Tabella 2 - Odds Ratio (OR) e intervalli di confidenza al 95% (95% IC) dei ricoveri in regime ordinario per ACSC rispetto a tutte le altre cause per titolo di studio, sesso e classe d'età – Anno 2006

Titolo di studio	Maschi		Femmine	
	OR	95% IC	OR	95% IC
30-39 anni				
Nessuno	1,78	0,905-3,516	3,48	2,017-5,999
Licenza elementare	1,85	1,215-2,814	2,02	1,358-2,989
Licenza media inferiore	1,29	0,926-1,793	1,34	1,032-1,733
Licenza media superiore	1,16	0,834-1,619	1,14	0,885-1,466
Diploma di Laurea	1	-	1	-
40-49 anni				
Nessuno	4,17	2,622-6,636	2,38	1,255-4,526
Licenza elementare	2,74	1,967-3,81	1,95	1,371-2,77
Licenza media inferiore	1,76	1,31-2,357	1,53	1,137-2,055
Licenza media superiore	1,53	1,139-2,062	1,31	0,969-1,757
Diploma di Laurea	1	-	1	-
50-59 anni				
Nessuno	2,57	1,794-3,684	4,07	2,744-6,026
Licenza elementare	1,90	1,544-2,329	2,09	1,594-2,728
Licenza media inferiore	1,56	1,284-1,889	1,74	1,334-2,256
Licenza media superiore	1,25	1,021-1,523	1,16	0,882-1,529
Diploma di Laurea	1	-	1	-
60-69 anni				
Nessuno	2,14	1,654-2,763	2,76	1,99-3,83
Licenza elementare	1,86	1,592-2,178	2,31	1,759-3,042
Licenza media inferiore	1,44	1,229-1,687	1,70	1,285-2,238
Licenza media superiore	1,16	0,981-1,374	1,21	0,902-1,613
Diploma di Laurea	1	-	1	-
70+ anni				
Nessuno	2,42	2,148-2,725	2,16	1,823-2,556
Licenza elementare	1,83	1,652-2,023	1,80	1,531-2,122
Licenza media inferiore	1,37	1,228-1,518	1,29	1,087-1,519
Licenza media superiore	1,18	1,048-1,322	1,10	0,921-1,308
Diploma di Laurea	1	-	1	-

Fonte dei dati e anno di riferimento: Laziosanità. Sistema Informativo Ospedaliero. Anno 2006.

Riferimenti bibliografici

- (1) Kelman HR, Thomas C. Hospital and ambulatory service use by the urban elderly under different health care delivery systems. *Med Care* 1988; 26 (8): 739-49.
- (2) Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA* 1992; 268 (17): 2.388-94.
- (3) Brown AD, Goldacre MJ, Hicks N, et al. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Can J Public Health* 2001; 92 (2): 155-9.
- (4) Pirani M, Schifano P, Agabiti N, et al. Ospedalizzazione potenzialmente evitabile nella città di Bologna, 1997-2000: andamento temporale e differenze per livello di reddito. *Epidemiol Prev* 2006; 30 (3): 169-177.
- (5) P. Papini, A. Rosano, A. G. de Belvis, A. Cicchetti, A. Natali, A. Spagnolo, W. Ricciardi. Valutazione dell'appropriatezza organizzativa attraverso l'analisi dell'ospedalizzazione evitabile: un'applicazione nella Provincia di Roma. In: Atti del convegno del 42° congresso nazionale della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Catania 27-30 ottobre 2006.
- (6) Leti G. *Statistica Descrittiva*. Il Mulino, Bologna, 1983.
- (7) Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004 Sep; 14 (3): 246-51.
- (8) Saxena S, George J, Barber J, Fitzpatrick J, Majeed A. Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London: cross sectional analysis. *J R Soc Med*. 2006 Feb; 99 (2): 81-9.

Ospedalizzazione evitabile e capitale sociale

Dott. Antonio Giulio de Belvis, Dott. Enrico Materia, Dott. Aldo Rosano, Dott.ssa Lorenza Rossi, Dott. Alessandro Solipaca, Dott. Amedeo Spagnolo

Contesto

Negli ultimi anni la ricerca sui servizi sanitari in Italia ha dedicato attenzione alla valutazione dell'appropriatezza organizzativa. Questo argomento ha assunto un'importanza crescente anche per le implicazioni con le altre dimensioni della qualità assistenziale.

Nella valutazione di qualità dei livelli assistenziali, la letteratura ha posto particolare attenzione all'analisi dell'ospedalizzazione potenzialmente evitabile (*Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACSC*) (Pappas 1997, Blustein 1998, Saxena 2006, Rosano 2007). Con questa terminologia sono indicate una serie di diagnosi di dimissione ospedaliera relative a condizioni suscettibili di prevenzione, gestione e controllo in ambiente ambulatoriale, per le quali il ricovero è considerato un potenziale insuccesso.

Recenti studi condotti in Italia hanno analizzato le relazioni esistenti tra l'ospedalizzazione potenzialmente evitabile, i fattori socio-economici e le caratteristiche dell'offerta di assistenza primaria (Pirani, 2006; Rosano, 2007). Questi studi hanno anche dimostrato che l'ospedalizzazione potenzialmente evitabile assorbe una quota rilevante dell'assistenza ospedaliera.

Il ruolo di rilievo dei fattori socio-economici nell'ospedalizzazione evitabile è stato dimostrato sia in Europa sia in Nord America, dove la bassa posizione socio-economica è associata con un più frequente ricorso ai medici di famiglia e, al contempo, con un minore utilizzo dei servizi di prevenzione primaria, secondaria e di specialistica ambulatoriale (Fiscella, 2000; OECD, 2001; Atela 2004). Nel Lazio, le persone meno istruite hanno un rischio più elevato di ospedalizzazione ed è maggiore per le cause evitabili rispetto a tutte le altre cause (Cacciani, 2007).

Un particolare interesse è suscitato dal ruolo del capitale sociale: una misura della coesione sociale e del livello di fiducia civica, reciprocità e partecipazione alla vita associativa esistente in una comunità. Il concetto di capitale sociale è stato nell'ultimo decennio richiamato in campo sanitario con riferimento alle disuguaglianze di salute, in particolare alla relazione ecologica tra eterogeneità nella distribuzione del reddito e stato di salute (Kawachi, 1997).

Il capitale sociale è un concetto multidimensionale: esso comprende sia una componente comportamentale (es: la partecipazione) che una componente di natura cognitiva (es: la fiducia sociale). Esso, inoltre, può essere considerato come una variabile ecologica, appartenente a gruppi di persone (es: il patrimonio di cultura civica di una comunità), o come una variabile individuale (es: l'appartenenza ad associazioni).

Il capitale sociale può essere definito, come ritiene Putnam, una misura del rendimento delle istituzioni. Tale definizione implica che il capitale sociale è il risultato dell'azione delle istituzioni e, quindi, della loro capacità di programmare servizi accessibili e di buona qualità per i cittadini. Putnam ha indagato il ruolo della tradizione civica nelle regioni italiane giungendo alla conclusione che il capitale sociale rappresenta un fattore correlato al rendimento dei governi locali e del buon funzionamento stesso della democrazia (Putnam, 1993).

Il capitale sociale può essere visto anche come un elemento condizionante la *performance* del sistema. L'influenza del capitale sociale sulla qualità dell'assistenza può manifestarsi a diversi livelli: nel caso del capitale sociale ecologico, attraverso una buona programmazione dei servizi e delle politiche per l'appropriatezza, nel caso del capitale sociale individuale tramite fattori psico-sociali, come la fiducia nelle relazioni sociali e nei servizi pubblici organizzati dalla comunità, la non ostilità, e una maggiore consapevolezza dell'offerta dei servizi presenti nel territorio. Con lo sviluppo dell'*empowerment*, una comunità a più elevato capitale sociale è più competente, ma anche più responsabile, in termini di comportamenti di salute e domanda di prestazioni. In Italia, in campo sanitario, il capitale sociale è stato utilizzato per valutare la sua relazione con i ricoveri a rischio d'inappropriatezza nell'ambito dello studio d'impatto delle politiche intraprese dalle regioni per promuovere l'appropriatezza dopo l'emanazione del DPCM di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, LEA (Di Domenicantonio, 2006).

Nel presente lavoro è stata descritta l'ospedalizzazione evitabile per gruppi di cause nelle regioni italiane. Inoltre, si è proceduto a valutare la relazione tra l'ospedalizzazione evitabile e il capitale sociale, al fine di studiare il ruolo del capitale sociale sulla qualità dell'assistenza territoriale. Questo studio propone dunque un filone innovativo di ricerca nell'ambito dei sistemi sanitari delle regioni italiane e del loro rapporto con il tessuto sociale, presentando riflessioni e valutazioni empiriche nel contesto italiano.

Metodi

I dati utilizzati provengono da diverse fonti sia di natura campionaria sia amministrativa. L'integrazione di queste fonti ha consentito di ricostruire le diverse dimensioni del fenomeno in studio.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione evitabile sono stati utilizzati i dati del Ministero della Salute riportati sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relativi alle dimissioni di soggetti di oltre 30 anni d'età avvenute nel corso del 2004. Le diagnosi potenzialmente evitabili analizzate in questo studio sono state selezionate secondo quanto proposto dalla letteratura scientifica (Weissman 1992, Caminal 2003).

Le diagnosi sono state raggruppate in tre classi omogenee in termini di approccio preventivo e terapeutico, sia per le malattie infettive che per quelle non infettive: a) prevenzione primaria; b) diagnosi precoce e trattamento appropriato; c) gestione appropriata e *follow-up* (tabella 1). L'analisi è stata condotta calcolando i tassi d'ospedalizzazione potenzialmente evitabile (TOE) per regione e per sesso, standardizzati per età, prendendo come riferimento la popolazione italiana al censimento del 2001.

L'indicatore di capitale sociale è stato calcolato con un'analisi delle componenti principali condotta su 13 variabili rilevate dalle indagini Istat sugli aspetti della vita quotidiana e sulle organizzazioni di volontariato in Italia, nonché dai dati riguardanti le percentuali di votanti nelle elezioni politiche nazionali del 2001 ed europee del 2004 (Ministero dell'Interno).

Le variabili sono state selezionate in base alla loro capacità di descrivere le diverse componenti del capitale sociale proposte nel modello teorico di Putnam (2004). Le dimensioni considerate sono state le seguenti: a) partecipazione alla vita civica e/o l'associazionismo nella comunità, espresse tramite la partecipazione ad associazioni ecologiche e culturali, l'attività gratuita per associazioni di volontariato, il numero di volontari in associazioni no-profit e il numero di associazioni per 100 abitanti; b) la socialità formale e informale, descritte rispettivamente con la percentuale di intervistati che si dichiara soddisfatta delle relazioni con familiari, con amici e che dichiara di avere persone su cui contare; c) la fiducia nelle istituzioni (e/o il grado di impegno nella vita pubblica) espressa dalla percentuale di affluenza alle urne nelle elezioni politiche ed europee e dalla percentuale di persone che non si informa per sfiducia nella politica; d) la fiducia sociale descritta dalla percentuale di intervistati che dichiara di subire molto l'influenza della criminalità sulle proprie abitudini.

Il primo asse fattoriale è caratterizzato da tutte le dimensioni concettuali che compongono il capitale sociale e spiega un'alta percentuale (67%) della varianza complessiva. Ciò indica un'alta capacità esplicativa di questo asse fattoriale. I punteggi delle variabili su questo asse sono stati, quindi, utilizzati come indice sintetico di capitale sociale (ICS).

Per quanto riguarda la relazione tra capitale sociale e ospedalizzazione evitabile è stato utilizzato un indice di correlazione non parametrico che misura il grado di correlazione tra i ranghi delle variabili in studio (test di Spearman).

Inoltre, una misura dell'elasticità del legame tra i due fenomeni è stata stimata attraverso un modello di regressione lineare, che utilizza il TOE come variabile di esito, ICS e reddito familiare netto medio regionale (Indagine campionaria Istat "Reddito e condizioni di Vita" 2005) come variabili esplicative. I parametri del modello possono essere utilizzati allo scopo di valutare l'impatto dell'ICS, aggiustato per il reddito familiare netto, nei confronti dei tassi d'ospedalizzazione per patologie evitabili.

Risultati e Discussione

Il TOE per le patologie suscettibili di prevenzione primaria (PP) è più basso nelle regioni del Nord-Est, mentre i valori più elevati si trovano principalmente nelle regioni del Centro e del Sud. La Valle d'Aosta e la Sardegna, con tassi totali, non distinti per sesso, rispettivamente di 2,2 e 12 per 100.000 abitanti, si trovano agli estremi opposti della graduatoria di valori.

L'ospedalizzazione evitabile attraverso interventi di diagnosi precoce e trattamento appropriato (DP) mette in evidenza che al Sud questo fenomeno è di minore entità rispetto alle altre aree geografiche, mentre più rilevante appare al Nord-Est, soprattutto negli uomini. Dal confronto regionale si evidenzia che il valore più basso per il tasso totale si registra in Campania, dove si attesta a 185 ricoveri ogni 100.000 abitanti, mentre il tasso più elevato si riscontra nella Provincia Autonoma di Bolzano dove raggiunge il valore di 520 ricoveri ogni 100.000 abitanti.

Infine, i ricoveri evitabili per patologie suscettibili di controllo appropriato e *follow-up* (DP) sono più bassi al Nord-Ovest, mentre raggiungono i valori più elevati al Sud. Il Piemonte con 670,7 ricoveri ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e 354,1 nelle donne è la regione con i tassi inferiori, all'estremo opposto della graduatoria il Molise con 1.226,1 ricoveri tra gli uomini e 765,9 tra le donne.

Lo studio delle relazioni delle distribuzioni regionali tra i gruppi di cause d'ospedalizzazione evitabile con l'indicatore di capitale sociale e il reddito disponibile medio ha evidenziato risultati contrastanti. Infatti, l'indice

di capitale sociale registra una correlazione inversa significativa nelle donne con le ospedalizzazioni per gestione appropriata e *follow-up* ($\rho = -0,54$). Conserva il segno negativo anche la correlazione dell'ICS ($\rho = -0,56$) con i ricoveri legati alle patologie infettive suscettibili di prevenzione primaria, PP. Tuttavia, tale relazione non assume significatività statistica tra gli uomini. Questi risultati indicherebbero, quindi, che al crescere del capitale sociale diminuisce il ricorso all'ospedalizzazione evitabile per questi gruppi di cause, ma solo tra le donne. Va, invece, in direzione opposta la relazione dell'ICS con l'ospedalizzazione evitabile per DP, con il coefficiente di correlazione che indica una relazione diretta statisticamente significativa, sia tra gli uomini che tra le donne. Le correlazioni tra TOE e reddito medio familiare sono analoghe a quelle osservate con il capitale sociale (tabella 2).

I parametri del modello di regressione, che esprimono l'elasticità dell'ospedalizzazione evitabile al variare dell'indice di capitale sociale, mostrano valori negativi ma non significativi, per PP ($\rho = -0,94$; $p=0,48$ negli uomini e $\rho = -0,80$; $p=0,14$ nelle donne), e GA ($\rho = -0,01$; $p=0,99$ negli uomini e $\rho = -8,01$; $p=0,81$ nelle donne), mentre è positivo per le DP ($\rho = 65,8$, $p=0,04$ negli uomini e $\rho = 33,1$; $p=0,08$ nelle donne).

Il potere esplicativo dei modelli di regressione stimati è decisamente basso, con una quota di varianza spiegata inferiore al 10% per tutti i gruppi di patologie, con eccezione delle DP dove raggiunge il 40%.

Tabella 1 – *Tipologie di ospedalizzazione potenzialmente evitabile (riportate in diagnosi principale, codici ICD-9-CM) e ambiti di intervento di Sanità Pubblica*

	Malattie infettive (Codice ICD-9-CM)	Malattie non infettive (Codice ICD-9-CM)
Prevenzione primaria (PP)	Malattie infettive suscettibili immunizzabili (032, 033, 037, 045, 055, 070.2, 070.3, 072, 320.0)	
Diagnosi precoce e trattamenti appropriati (DP)	TBC (011, 012-018), Pielonefrite acuta (590.1), Polmonite (481, 482.2, 482.3, 482.9, 483, 485, 486), Malattia infiammatoria pelvica (614)	Disordini del metabolismo idro-elettrolitico (276.5, 276.8), Deficienze nutrizionali (260, 261, 262, 268.0, 268.1)
Gestione appropriata e <i>follow-up</i> (GA)		Diabete e coma ipoglicemico (250.1, 250.2, 250.3, 250.7, 251.0, 785.4), Angina (413), Insufficienza Cardiaca (428), Ipertensione (401.0, 402.0, 403.0, 404.0, 405.0, 437.2), Ulcera perforata con emorragia (531.0, 531.2, 531.4, 531.6, 532.0, 532.2, 532.4, 532.6, 533.0, 533.2, 533.4, 533.6)

Modificato da Weissmann (1992) e Caminal (2003).

Tabella 2 - Tassi di dimissioni ospedaliere evitabili (per 100.000) per regione, indice di capitale sociale e reddito medio per regione – Anno 2004

Regioni	Prevenzione primaria		Diagnosi precoce		Gestione appropriata		Indice Capitale Sociale (Anni 2003, 2004)	Reddito Medio (€)
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine		
Piemonte	6,2	2,0	325,9	203,9	670,7	354,1	0,29	24.059
Valle d'Aosta	4,4	0,0	268,4	177,4	909,8	483,2	0,35	23.225
Lombardia	11,1	3,1	386,1	238,4	943,2	519,9	0,60	26.252
Bolzano-Bozen	6,7	1,2	659,5	381,2	996,3	581,8	2,36	25.754
Trento	7,9	0,6	413,7	225,0	967,5	539,4	1,74	25.602
Veneto	6,4	1,9	469,8	272,2	891,4	519,1	0,49	24.000
Friuli-Venezia Giulia	5,1	2,7	478,5	321,8	1001,5	623,1	0,25	23.803
Liguria	7,8	2,6	317,7	209,1	828,8	454,2	0,35	20.224
Emilia-Romagna	6,9	2,6	357,0	240,1	931,9	560,7	0,63	25.919
Toscana	9,9	4,7	341,4	210,5	888,0	521,6	0,92	25.271
Umbria	6,7	4,7	304,0	179,8	815,2	457,9	0,05	22.908
Marche	11,7	2,2	418,3	273,7	1006,9	598,0	-0,07	24.812
Lazio	9,7	3,0	344,0	206,8	879,3	549,3	-0,72	24.116
Abruzzo	6,5	4,3	356,4	237,8	907,7	544,6	-0,44	22.656
Molise	3,8	2,9	453,5	222,5	1226,1	765,9	-0,91	19.375
Campania	12,9	4,8	239,3	137,9	866,0	576,9	-1,47	19.222
Puglia	12,3	5,1	307,5	194,2	931,1	653,2	-1,04	18.193
Basilicata	7,6	2,9	301,3	181,3	935,7	643,4	-0,82	17.799
Calabria	8,8	4,7	229,6	151,1	1094,9	760,1	-1,24	16.820
Sicilia	8,8	3,1	273,2	172,0	954,5	628,5	-1,46	16.942
Sardegna	18,2	5,9	430,6	300,0	777,0	486,5	0,14	21.942
<i>Correlazione non parametrica (p-value)</i>								
Indice di Capitale Sociale	-0,23 (p = 0,29)	-0,56 (p < 0,01)	0,52 (p = 0,01)	0,60 (p = 0,004)	-0,07 (p = 0,74)	-0,54 (p = 0,01)		
Reddito Medio	-0,07 (p = 0,78)	-0,47 (p = 0,03)	0,58 (p = 0,005)	0,62 (p = 0,002)	0,00 (p = 1,00)	-0,40 (p = 0,07)		

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2004. Istat. Indagine campionaria relativa sugli aspetti della vita quotidiana Anno 2004. Istat. Indagine sulle organizzazioni di volontariato in Italia. Anno 2003. Ministero dell'Interno. Percentuali di votanti nelle elezioni politiche nazionali 2001 ed europee 2004.

Conclusioni

La nozione di ospedalizzazione evitabile o prevenibile deriva da studi condotti negli USA che hanno evidenziato la corrispondenza tra elevati tassi d'ospedalizzazione e servizi di assistenza di base di scarsa qualità (Menec, 2006; Ansari, 2006). Altri fattori, sia di natura epidemiologica (diversa prevalenza o diversa gravità delle condizioni, a sua volta associata allo stato socio-economico) sia legate all'organizzazione dei servizi di assistenza territoriale e ospedaliera e alla corrispondente accessibilità, possono contribuire a spiegare l'andamento dei tassi dell'ospedalizzazione evitabile. L'analisi dell'ospedalizzazione evitabile condotta nel nostro paese qui presentato ha evidenziato un'eterogeneità regionale che varia per i diversi gruppi di condizioni studiate. Ad esempio la Sardegna, che ha il valore più elevato di ospedalizzazione evitabile rispetto alle patologie infettive immunizzabili, mostra valori nella media per le patologie suscettibili di diagnosi precoce e trattamento appropriato; mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano si osservano tassi elevati di ospedalizzazione evitabile per patologie suscettibili di diagnosi precoce e trattamento appropriato e valori bassi per quelle infettive suscettibili di interventi di prevenzione primaria. Il rischio di ospedalizzazione evitabile per i gruppi di condizioni studiate appare alto al Sud, ad eccezione delle patologie DP. Di particolare interesse sono i risultati relativi alle patologie GA nelle quattro regioni più a Sud (Molise, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) i cui alti valori del TOE concordano con la bassa intensità di capitale sociale espresso dal relativo indice. Riguardo al legame tra il capitale sociale e l'ospedalizzazione evitabile lo studio indica l'esistenza di una correlazione inversa significativa nelle donne tra capitale sociale e ospedalizzazione evitabile relativamente alle patologie prevenibili con interventi vaccinali e alle patologie suscettibili di gestione appropriata e *follow-up*. Tale associazione è presente tra gli uomini in maniera meno evidente e statisticamente non significativa. Si osserva di contro una correlazione positiva tra capitale sociale e patologie suscettibili di diagnosi precoce e trattamento appropriato, che indicherebbe un aumento della tendenza al ricorso al ricovero per queste patologie nelle regioni a più alto capitale sociale. Una maggiore incidenza di malattie legate al raffreddamento nelle regioni settentrionali, come nel caso della polmonite, potrebbe spiegare questa correlazione.

I risultati dei modelli di regressione, che spiegano peraltro una quota molto bassa della varianza osservata, non evidenziano un effetto significativo del capitale sull'ospedalizzazione evitabile, al netto dell'effetto del reddito. Va, peraltro, considerata la relazione esistente tra distribuzione del reddito e capitale sociale, già messa in evidenza negli Stati Uniti (Kawachi, 1997). In Italia, è stata dimostrata, a livello ecologico, la relazione esistente tra disuguaglianze nella distribuzione del reddito e stato di salute (Materia, 2005) con il Sud fortemente svantaggiato soprattutto nei confronti delle coorti di donne più anziane. Lo svantaggio in termini di mortalità dipenderebbe da cause prevenibili, soprattutto malattie cardiovascolari e diabete, in gran parte riconducibili al raggruppamento delle patologie croniche delle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili (Materia, dati non pubblicati). È, quindi, ipotizzabile che un basso livello di capitale sociale possa mediare gli effetti sulla salute delle disuguaglianze nella distribuzione del reddito: al Sud dove il reddito è più concentrato e più alta è la mortalità per cause prevenibili, come evidenziato da questo stesso Rapporto, i tassi di ospedalizzazione evitabile risultano, infatti, più elevati, specie tra i soggetti più fragili, come le donne.

Putnam ipotizza una relazione complessa tra disuguaglianze, capitale sociale, funzionamento dello Stato (e/o politiche pubbliche efficaci) e salute. Tale relazione è il risultato di molteplici meccanismi che potrebbero intermediare l'effetto del capitale sociale sulla salute: il supporto sociale, l'identità sociale, i comportamenti che mettono a rischio la salute, l'accesso alle risorse incluse quelle sanitarie, il *disempowerment* e l'isolamento che contribuiscono e si accompagnano allo stress cronico (Putnam 2004).

La relazione tra capitale sociale e ospedalizzazione evitabile è complessa e i meccanismi intermedi devono ancora essere chiariti. Gli strumenti utilizzati nel presente studio sono in grado di cogliere la concordanza delle variazioni regionali tra le due misure. I legami osservati potrebbero essere influenzati da correlazioni dipendenti, ad esempio, dalla dicotomia Nord-Sud tipica della maggior parte dei fenomeni sociali ed economici del nostro paese. La circolarità del legame tra il capitale sociale e l'efficienza organizzativa dei servizi pubblici, frutto di un processo d'interazione per il quale le due dimensioni analizzate agiscono simultaneamente l'una sull'altra, non può esaurirsi nella ricerca di relazioni unidirezionali come quelle prese in considerazione da un modello di regressione lineare. Infine, il dettaglio territoriale disponibile non è adeguato a descrivere esaurientemente le relazioni che si manifestano, in parte, a livello individuale (come la domanda d'assistenza sanitaria) o sub-regionale (come l'organizzazione sanitaria delle ASL).

Le evidenze empiriche emerse da questo studio suggeriscono, quindi, l'opportunità di formulare un modello interpretativo più complesso, in grado di cogliere non solo le relazioni tra capitale sociale e ospedalizzazione evitabile, ma di approfondire i legami che queste due dimensioni hanno con altre caratteristiche, endogene ed esogene, del sistema. Infatti, nelle valutazioni relative all'efficienza/efficacia organizzativa di un sistema sanitario non appare trascurabile il ruolo di altre dimensioni della domanda e dell'offerta quali: il benessere economico individuale e collettivo, il livello di istruzione, le politiche sociali, i meccanismi e la qualità delle politiche degli enti locali, le risorse allocate al servizio sanitario pubblico e la relativa accessibilità, lo stato di salute della popolazione, i comportamenti e gli stili di vita dei cittadini.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ansari Z., Laditka J.N., Laditka S.B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med. Care Res. Rev.* 2006; 63 (6): 719-741.
- (2) Atela V., Brindisi F., Beb P., Rosati F.C. Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach. *Health Economics* 2004; 13: 657-68.
- (3) Blustein J, Hanson K, Shea S. Preventable Hospitalizations And Socioeconomic Status. Failure to consider patients' characteristics may lead to the false conclusion that care is of poor quality. *Health Affairs.* 1998, 17 (2): 177-189.
- (4) Cacciani L, Rosano A, Papini P, Natali A, Guasticchi G. Fattori socioeconomici e ospedalizzazione potenzialmente evitabile nella provincia di Roma. *Atti del Convegno "Scienze sociali e salute nel XXI secolo:nuove tendenze, vecchi dilemmi?", Forlì 19-21 Aprile 2007.*
- (5) Caminal J, Morales M, Sanchez E, et al. Hospitalisation preventable by timely and effective primary health care. *Atencion primaria* 2003; 31: 6-17.
- (6) Di Domenicantonio R, Filocamo A, Rossi L, Prota F, Canonaco D, Guasticchi G, Materia E. Valutazione d'impatto delle politiche adottate da Regioni e Province Autonome in Italia per promuovere l'appropriatezza dell'ospedale. *Rapporto Osservasalute 2006*, pp. 391-6. Ed. Prex, Milano, 2006.
- (7) Fiscella K, Franks P, Gold MR, and Clancy CM. Inequality in Quality: Addressing Socioeconomic, Racial, and Ethnic Disparities in Health Care. *JAMA*, May 17, 2000; 283 (19): 2.579-2.584.
- (8) Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health.* 1997; 87 (9): 1.491-8.
- (9) Materia E, Cacciani L, Bugarini G, Cesaroni G, Davoli M, Mirale MP, Vergine L, Baglio G, Simeone G, Perucci CA. Income inequality and mortality in Italy. *Eur J Public Health.* 2005; 15 (4): 411-7.
- (10) Menec V.H., Sirski M., Attawar D., Katz A. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *J. Health Serv. Res. Policy* 2006; 11: 196-201.
- (11) Organization for Economic Co-operation and Development. *Health At a Glance*. Paris: OECD, 2001.
- (12) Pappas G, et al. Potentially avoidable hospitalizations: Inequalities in rates between US socioeconomic groups. *Am J Public Health* 1997; 87: 811-6.

- (13) Pirani M, Schifano P, Agabiti N, et al. Ospedalizzazione potenzialmente evitabile nella città di Bologna, 1997-2000: andamento temporale e differenze per livello di reddito. *Epidemiologia e Prevenzione*; 2006; 30: 169-177.
- (14) Putnam, R. *Making democracy work*. Princeton University Press, 1993.
- (15) Putnam R "Health by association": some comments. *Int J Epidemiol* 2004; 33: 667-671.
- (16) Putnam R. *Capitale sociale e individualismo*. Bologna: Il Mulino, 2004.
- (17) Rosano A, de Belvis AG, Spagnolo A, Cicchetti A, Ricciardi G, Natali A, Papini P. Studio dell'ospedalizzazione evitabile negli anziani nella provincia di Roma. *Atti del 30° Convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia*. (Palermo, 4-6 ottobre 2006).
- (18) Rosano A, Saxena S, de Belvis AG, Papini P, Ricciardi W, Guasticchi G. Association of socio-economic conditions, primary care supply and potentially avoidable admissions. A comparison between London and Rome. *Eur J Public Health* 2007; 17 (6).
- (19) Saxena S, George J, Barber J, Fitzpatrick J, Majeed A. Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London: cross sectional analysis. *J R Soc Med*. 2006; 99 (2): 81-9.
- (20) Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*. 1992 Nov 4; 268 (17): 2388-94.

La soddisfazione per il Servizio Sanitario Pubblico

Dott. Alessandro Solipaca, Dott. Daniele Spizzichino

Contesto

Conoscere il grado di soddisfazione dell'utente per i servizi pubblici, serve ad "ascoltare" e comprendere i bisogni che il cittadino esprime, porre attenzione al suo giudizio, sviluppare e migliorare la capacità di relazione tra chi eroga il servizio e chi lo riceve (1).

Risulta, quindi, di notevole importanza la soddisfazione del cliente (*customer satisfaction*); molte indagini, proprio per questo motivo, provano a misurare la qualità percepita da cittadini e imprese, per fornire alle amministrazioni il supporto dei numeri al fine di aiutarle a conoscere e comprendere meglio i bisogni dei destinatari delle proprie attività e a pianificare, ed eventualmente riprogettare, di conseguenza, sia le politiche pubbliche sia il sistema di erogazione dei servizi.

Per esempio, la *Health Consumer Powerhouse*, un'organizzazione di analisi ed informazione con sede a Bruxelles, dal 2005 crea l'*Euro Health Consumer Index*, ovvero una classifica annuale dei sistemi sanitari nazionali europei considerati sotto vari aspetti. Tale *Index* si pone proprio dal punto di vista del consumatore analizzando gli aspetti per lui fondamentali (2). Al 2007 l'Italia si posiziona in diciottesima posizione, prima risulta l'Austria seguita da Paesi Bassi e Francia.

La qualità nei servizi e la soddisfazione dell'utente assumono anche in Italia un ruolo sempre più importante, ma rappresentano un obiettivo difficile da raggiungere in quanto la qualità è un concetto complesso che si compone, principalmente, dell'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite. La qualità percepita è divenuta la parola chiave nelle decisioni relative alla nuova sanità e costituisce l'elemento fondamentale su cui si fonda la saldatura tra domanda e offerta.

È esperienza comune che il cittadino che riceve una prestazione formula una propria valutazione. Su questo processo valutativo la letteratura non solo ha prodotto risultati considerevoli, ma ha anche progressivamente affinato dal punto di vista concettuale gli elementi che entrano in gioco nell'esplicitazione del giudizio espresso. Inoltre, ci sono ragioni riconducibili agli effetti pragmatici dell'azione di ascolto, verso le quali occorre porre attenzione.

Se inserita in un rapporto di ascolto, la richiesta al cittadino di esprimere il proprio giudizio sulla prestazione ricevuta incrementa l'idea di una responsabilità nel funzionamento dei servizi, alimenta la fiducia verso l'organizzazione; sul versante dell'organizzazione, comporta l'assunzione di un impegno verso il miglioramento del servizio, di capacità di gestione del processo di ascolto avviato (3).

Valutare la soddisfazione dei pazienti è inoltre importante sia perché rappresenta un esito finale dell'assistenza sia perché è dimostrato che l'insoddisfazione determina una scarsa adesione al trattamento e impedisce il raggiungimento di esiti positivi (4).

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di analizzare le determinanti socio-economiche della soddisfazione dei cittadini per il Servizio Sanitario Pubblico: tali determinanti sono rilevanti per comprendere i meccanismi che entrano in gioco nel processo di valutazione. Infatti la soddisfazione, in generale, è l'espressione di una valutazione che risente fortemente delle aspettative dell'individuo, della percezione del singolo, del grado di fiducia che si ha verso le istituzioni che si occupano di salute e naturalmente dell'oggettiva esperienza avuta con il Servizio sanitario pubblico.

Metodi

I dati utilizzati per questo studio provengono dall'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" che si colloca all'interno del sistema di indagini multiscopo sulle famiglie.

Tra gli obiettivi che l'indagine si pone di raggiungere c'è la conoscenza della qualità del Servizio Sanitario Pubblico, questo obiettivo viene perseguito considerando congiuntamente gli aspetti soggettivi della soddisfazione e degli atteggiamenti con gli aspetti oggettivi legati ai comportamenti di fruizione dei servizi. In questo modo, infatti, l'osservazione dei comportamenti viene arricchita con le indicazioni che provengono dalla dimensione percettiva ed autovalutativa dei soggetti (5).

I dati in esame fanno riferimento all'indagine, condotta tra il 2004 e il 2005, basata su un campione di circa 60 mila famiglie, per un totale di circa 130 mila individui. In particolare, in quest'ultima rilevazione, è stato inserito un quesito nella sezione relativa alle opinioni su alcuni servizi di pubblica utilità: si chiede infatti di esprimere un giudizio complessivo di soddisfazione per il Servizio Sanitario Pubblico.

Le risposte possibili si collocano su una scala di valori e vanno da un livello minimo di soddisfazione che è rappresentato dal valore 1 ad un massimo di soddisfazione corrispondente al valore 10.

È stata svolta una prima analisi descrittiva relativa al giudizio sulla qualità del sistema sanitario pubblico ed inoltre è stato utilizzato un modello statistico, con lo scopo di evidenziare i principali fattori di salute e socio economici che influenzano il giudizio medesimo. È stato stimato un modello probit a soglia (*ordered probit*) nel quale la variabile dipendente è il grado di soddisfazione sul Servizio Sanitario Pubblico e le variabili esplicative sono le caratteristiche demografiche, socio-culturali e di salute degli intervistati.

Il modello si esprime formalmente nel seguente modo:

$$Y = j \text{ se } \alpha_{j-1} < Y^* \leq \alpha_j \text{ per } j = 1, 10$$

Y è la variabile aleatoria che rappresenta il grado di soddisfazione espresso dagli intervistati, Y^* è una variabile aleatoria non osservabile o latente e α_j il j -esimo valore soglia.

$$P(Y \leq j | x) = P(Y^* \leq \alpha_j | x) = G(\alpha_j - \beta'x)$$

dove G è la distribuzione normale cumulata, β il vettore dei parametri e x la matrice delle variabili indipendenti. La funzione inversa di G (trasformazione probit) permette di esprimere il grado di soddisfazione Y mediante una combinazione lineare delle variabili indipendenti.

Risultati e Discussione

Le analisi eseguite hanno messo in evidenza che la percentuale maggiore (43,4%) degli intervistati di 18 anni e più ha espresso una leggera insoddisfazione o un gradimento appena sufficiente (punteggio 5 o 6) sulla qualità complessiva del Servizio sanitario pubblico. Invece, oltre un terzo (34%) si è dichiarato soddisfatto, esprimendo un punteggio compreso tra 7 e 10 (tabella 1).

Il 17,2% del campione rappresenta, in modo chiaro, una opinione di insoddisfazione scegliendo un punteggio compreso tra 1 e 4. È importante segnalare la quota di coloro che non hanno risposto a tale quesito, infatti la percentuale di non rispondenti è pari al 5,4% (6).

Se si analizzano le differenze di genere, non si riscontrano opinioni divergenti tra uomini e donne, infatti la medesima percentuale, il 34%, ha un giudizio positivo del Servizio Sanitario Pubblico. È presente invece un effetto legato all'età sia per gli uomini sia per le donne: all'aumentare dell'età, una quota crescente di persone esprime un giudizio positivo sul Servizio Sanitario Pubblico; tra gli uomini di 18-24 anni il 29,6% lo ritiene soddisfacente, tra le donne della stessa età il 28,4%; tali quote raggiungono il 41,8% (uomini) e il 38,3% (donne) per le persone in età 80 e più.

Questi risultati portano a pensare che le persone che più frequentemente entrano in contatto con i servizi offerti dalla Sanità Pubblica, che sono nella maggior parte dei casi gli anziani che presentano problemi che possono trovare risposta nel Servizio Sanitario Pubblico, presentano quote di soddisfazione più elevata grazie anche all'esperienza personale e ai contatti che ogni singola persona ha con i servizi ospedalieri.

Al contrario la quota più elevata di insoddisfatti si registra, tanto per gli uomini quanto per le donne, tra coloro che si collocano nelle fasce di età intermedie, precisamente di età 45-54 anni: rispettivamente sono il 18,1% e il 19,7% le quote di individui che danno un punteggio da 1 a 4 per uomini e donne.

Se si scende nell'analisi a livello territoriale emergono delle differenze interessanti: si trovano nelle regioni del Sud le quote più elevate di giudizi negativi, in particolare la Calabria (35,8% di insoddisfatti), la Puglia (27,7%) e la Sicilia (25,6%) a fronte di un valore medio italiano pari a 17,2%.

Nella situazione opposta si collocano la Valle d'Aosta e le Province Autonome di Trento e Bolzano che presentano, invece, la quota più bassa di persone insoddisfatte, e registrano una quota molto più elevata rispetto alla media nazionale di persone che esprimono un giudizio da 7 a 10: 68,5% per la PA di Bolzano, 58,9% per la PA di Trento e 59,5% per Valle d'Aosta.

Tabella 1 - Persone di 18 anni e oltre per punteggio dato al Servizio Sanitario del proprio territorio per regione e sesso - Anno 2005¹

Regioni	Punteggio 1-4			Punteggio 5-6			Punteggio 7-10		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	12,8	13,6	13,2	40,2	37,3	38,7	42,5	44,5	43,5
Valle d'Aosta	6,5	6,0	6,3	29,5	29,1	29,3	59,8	59,1	59,5
Lombardia	10,7	11,2	11,0	41,0	41,5	41,3	42,3	41,6	42,0
Trentino-Alto Adige	6,6	7,1	6,9	23,3	24,6	24,0	64,2	62,9	63,5
Bolzano-Bozen	6,1	6,7	6,4	18,0	18,5	18,2	68,5	68,5	68,5
Trento	7,1	7,5	7,3	28,4	30,2	29,4	60,2	57,7	58,9
Veneto	13,2	14,9	14,1	40,1	39,4	39,7	40,1	39,5	39,8
Friuli-Venezia Giulia	11,3	12,0	11,6	37,7	36,4	37,0	42,8	43,2	43,0
Liguria	14,7	13,4	14,0	48,5	49,7	49,1	34,5	34,3	34,4
Emilia-Romagna	11,4	10,9	11,1	35,6	37,5	36,6	48,2	46,2	47,2
Toscana	10,8	10,4	10,6	45,1	44,5	44,8	39,6	38,5	39,0
Umbria	17,0	16,5	16,8	39,1	38,7	38,9	36,8	37,6	37,2
Marche	16,5	15,3	15,9	42,7	42,1	42,4	35,1	36,8	36,0
Lazio	20,0	19,3	19,7	49,4	48,6	49,0	24,7	25,3	25,0
Abruzzo	16,4	17,0	16,7	46,0	44,8	45,4	31,8	31,6	31,7
Molise	22,1	22,4	22,3	45,6	42,5	44,0	29,5	31,8	30,7
Campania	22,3	22,2	22,2	50,8	50,1	50,5	22,8	23,0	22,9
Puglia	27,6	27,8	27,7	44,3	43,3	43,8	24,1	23,8	23,9
Basilicata	21,7	21,0	21,3	47,7	46,6	47,2	26,4	25,9	26,1
Calabria	38,0	33,7	35,8	41,7	43,5	42,7	14,6	15,9	15,3
Sicilia	25,8	25,4	25,6	48,8	48,7	48,7	21,2	21,6	21,4
Sardegna	20,7	21,8	21,3	45,8	46,1	45,9	26,7	26,2	26,4
Italia	17,2	17,2	17,2	43,5	43,2	43,4	34,1	34,0	34,0

¹La somma dei punteggi 1-10 non dà 100 a causa dei valori mancanti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2004-2005".

Al fine di analizzare il grado di giudizio sul Servizio Sanitario Pubblico congiuntamente alle caratteristiche demografiche e socio-economiche è stato stimato un modello *ordered probit*, il quale ha permesso di analizzare gli effetti di ogni caratteristica, evidenziando, in particolare, i "profili tipo" di coloro che, statisticamente, esprimono giudizi più negativi/positivi. I risultati delle stime confermano il ruolo dell'età degli intervistati, a parità delle altre caratteristiche considerate: sono infatti i più anziani (65 anni e più) a esprimere un giudizio più positivo rispetto ai giovani adulti (18-39 anni) e sono le persone con una migliore condizione socio-economica ad avere una visione più positiva del servizio pubblico. Infatti coloro che hanno conseguito un titolo di studio alto (almeno diploma universitario) confrontati con quelli con un titolo più basso (al più un diploma di scuola superiore) riportano un'opinione generale migliore. Inoltre al crescere della disponibilità di risorse economiche degli intervistati migliora il giudizio sul Servizio Sanitario Pubblico. La soddisfazione per il Servizio Sanitario Pubblico è legata, significativamente, anche alla condizione di salute, valutata sia attraverso la presenza di disabilità e di multicronicità, sia misurata attraverso la salute percepita. Le stime del modello hanno messo in luce che coloro che si percepiscono in buona salute e non hanno problemi legati alla cronicità esprimono un giudizio più positivo sul Servizio sanitario pubblico. Evidenze opposte invece emergono analizzando il parametro legato alla presenza di disabilità, infatti le persone con disabilità esprimono un giudizio più positivo rispetto al resto della popolazione. Quest'ultimo risultato contrasta con quello precedente, in quanto le persone con disabilità sono anche quelle in condizioni di salute peggiori, sia in termini di percezione sia di presenza di multicronicità. Una possibile interpretazione può essere legata alle minori aspettative di queste persone riguardo ai servizi erogati dal Servizio Sanitario Pubblico, questa ipotesi è confortata anche dal fatto che le persone con disabilità esprimono giudizi migliori rispetto al resto della popolazione anche su tutti gli altri tipi di servizi pubblici considerati nell'indagine (poste, ferrovie, scuola, servizi telefonici, televisivi, acqua e luce). Un altro aspetto che potrebbe influire sul livello di gradimento del Servizio Sanitario Pubblico è l'"effetto esenzione", ossia il fatto che le persone con disabilità non sono tenute al pagamento di un ticket e ciò potrebbe migliorare il giudizio sul sistema. È da escludere un problema legato alla multicollinearità, infatti i parametri del modello sono stati stimati numerose volte utilizzando sotto-campioni ottenuti di volta in volta dimezzando la dimensione del campione totale: tutte le stime dei parametri hanno mantenuto il segno, escludendo quindi l'instabilità delle stime tipica delle situazioni in cui è presente un problema di multicollinearità. Per differenziare i giudizi rispetto all'utilizzo o meno dei servizi sanitari pubblici è stata introdotta nel modello statistico la tipologia e il numero dei servizi ricevuti dal Servizio Sanitario Pubblico nel mese precedente l'intervista, in

particolare sono state considerate le visite mediche specialistiche non a pagamento, le visite mediche generiche non a pagamento e gli accertamenti diagnostici. Le stime evidenziano che il grado di soddisfazione maggiore è espresso da coloro che ricorrono frequentemente alle visite specialistiche, mentre i parametri relativi alle visite generiche e agli accertamenti diagnostici non raggiungono la significatività statistica. Queste evidenze suggeriscono che il differenziale di preferenza si riscontra solo per la specialistica, dove coloro che hanno ricevuto più di tre visite sono più soddisfatti di coloro che non ne hanno mai usufruito. A livello territoriale, il modello multivariato conferma i risultati visti in precedenza, c'è sostanzialmente un giudizio negativo al Centro-Sud, particolarmente significativi i valori per la Calabria, la Puglia, la Sicilia, la Campania e il Lazio. Si riscontrano invece giudizi più positivi nelle regioni del Nord, soprattutto in Trentino-Alto Adige e in Valle d'Aosta.

Tabella 2 – *Modello ordered probit*¹

Variabile (modalità di riferimento)	Coefficiente ³	Significatività
Sesso (Femmina)		
Maschio	0,002	0,709
Età (18-39)		
40-64	0,011	0,157
65+	0,203	0,000
Istruzione ² (Bassa)		
Media	-0,007	0,329
Alta	0,042	0,000
Risorse economiche (Assolutamente insufficienti)		
Scarse	0,135	0,000
Adeguate	0,263	0,000
Ottime	0,303	0,000
Salute percepita (Cattiva)		
Buona	0,141	0,000
Disabile (Si)		
No	-0,077	0,000
Multicronico (Si)		
No	0,055	0,000
Visite mediche specialistiche pubbliche (3+)		
0	-0,090	0,007
1-2	-0,040	0,257
Visite mediche generiche pubbliche (3+)		
0	-0,003	0,892
1-2	0,006	0,808
Accertamenti diagnostici pubblici (3+)		
0	0,012	0,496
1-2	-0,023	0,239
Regioni (Piemonte)		
Valle d'Aosta	0,388	0,000
Lombardia	0,000	0,978
Trentino-Alto Adige	0,481	0,000
Veneto	-0,044	0,007
Friuli-Venezia Giulia	0,047	0,065
Liguria	-0,156	0,000
Emilia-Romagna	0,089	0,000
Toscana	-0,015	0,397
Umbria	-0,117	0,000
Marche	-0,156	0,000
Lazio	-0,391	0,000
Abruzzo	-0,242	0,000
Molise	-0,349	0,000
Campania	-0,404	0,000
Puglia	-0,510	0,000
Basilicata	-0,380	0,000
Calabria	-0,750	0,000
Sicilia	-0,493	0,000
Sardegna	-0,354	0,000

¹Variabile dipendente: giudizio sul grado di soddisfazione rispetto al Sistema Sanitario Pubblico (min1, max10).

²Bassa: al più Licenza media inferiore; Media: Diploma di scuola superiore; Alta: almeno Diploma universitario.

³Valori del coefficiente superiori a zero indicano un giudizio più positivo del Sistema Sanitario Pubblico rispetto alla modalità di riferimento, valori inferiori allo zero indicano invece un giudizio più negativo.

Conclusioni

I risultati delle analisi hanno messo in luce che nel nostro paese la maggior parte dei cittadini ritiene non del tutto soddisfacente il Servizio Sanitario Pubblico, tuttavia questo giudizio non è largamente condiviso da tutta la popolazione, infatti oltre un terzo dei rispondenti esprime un giudizio più che lusinghiero.

Questa discreta disparità di giudizio trova le principali motivazioni nelle aspettative rispetto al sistema e nelle esperienze personali.

Le principali determinanti del grado di soddisfazione attengono alle caratteristiche individuali quali l'età, il titolo di studio e le condizioni economiche, le quali incidono verosimilmente sulle aspettative rispetto agli standard qualitativi del sistema. Le evidenze empiriche del lavoro dimostrano che i più soddisfatti appartengono ad un livello socio-economico più elevato.

Una ulteriore evidenza emersa con chiarezza testimonia che la condizione di salute è un elemento discriminante, infatti, a parità delle altre caratteristiche considerate, chi sta meglio in salute ha una opinione più lusinghiera della Sanità Pubblica.

Questa ultima circostanza può essere il frutto del giudizio positivo di coloro che hanno ricevuto giovamento dall'assistenza sanitaria pubblica, ma può anche dipendere dalla parziale conoscenza personale del settore dovuta proprio alle buone condizioni di salute. A tale riguardo, l'esperienza personale degli intervistati riguardo al sistema sanitario è considerata, in parte, con il grado di utilizzo dei servizi sanitari. Sotto questo aspetto non si riscontrano differenziali statisticamente significativi riguardo ai giudizi, fanno eccezione coloro che ricorrono più spesso a tale tipologia di servizio per visite di tipo specialistico i quali esprimono, a parità delle altre condizioni considerate, un giudizio mediamente migliore. Questa ultima evidenza potrebbe essere il segno che nelle valutazioni dei cittadini gioca un ruolo importante il rapporto di fiducia che si instaura tra medico e paziente, si tratta quindi di una fiducia sulla persona che si riflette sul giudizio sull'istituzione.

Infine, una nota dolente riguarda gli immancabili differenziali territoriali, i cittadini delle regioni del Centro-Sud sono meno soddisfatti di quelli residenti nel resto del paese. Tale differenza per area geografica è persistente in molte analisi e si mantiene anche quando, come in questo caso, si controllano altre covariate importanti per la spiegazione del fenomeno in studio, segno che questa insoddisfazione è frutto di problemi strutturali del sistema.

Riferimenti bibliografici

- (1) Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica (2004), DIRETTIVA del 24 marzo 2004.
- (2) Health Consumer Powerhouse (2007), "Euro Health Consumer Index", Health Consumer Powerhouse AB.
- (3) Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna (2006), "La qualità percepita in Emilia-Romagna", Collana Dossier 127-2006.
- (4) Gigantesco A., Morosini P. (2002), "La qualità percepita dagli utenti dei servizi di salute mentale", Convegno Nazionale di Epidemiologia, Congresso del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma 3-4 Ottobre 2002.
- (5) Gargiulo L., Orsini S. (2007), "I cittadini e l'utilizzo dei servizi", presentazione al convegno Valutazione e customer satisfaction per la qualità dei servizi, Roma, 12 aprile 2007.
- (6) Istat (2007), "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Statistiche in breve, 2 Marzo 2007.

Le disuguaglianze sociali nel ricorso ai servizi sanitari

Prof. Giuseppe Costa, Dott.ssa Tania Landriscina, Dott.ssa Francesca Vannoni

Contesto

Attraverso l'Indagine Multiscopo Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi, 2004/2005" vengono messi a disposizione dei dati utili ad avere un'immagine più aggiornata di come si distribuiscono gli indicatori di salute e di uso dell'assistenza sanitaria in Italia, compresa quella privata e quella che sfugge ai sistemi amministrativi di rilevazione nelle regioni (1,2). In questo modo è possibile misurare l'importanza che hanno i principali determinanti del fabbisogno di assistenza allo scopo di valutare se esistano discriminazioni nell'accesso ai diversi livelli di assistenza sanitaria che richiedano correzioni da parte della programmazione nell'allocazione delle risorse e nell'organizzazione dell'offerta (3).

Dai dati dell'indagine (1) emerge che le persone con basso livello d'istruzione, rispetto a quelle con un titolo di studio elevato, ricorrono maggiormente a visite generiche (41,2% contro 18,1%), ad accertamenti di laboratorio (23,3% contro 16,9%) e al ricovero ospedaliero (4,4% contro 2,3%). Viceversa ricorrono più frequentemente ad accertamenti specialistici le persone di più elevata posizione socioeconomica in tutte le fasce di età. L'uso dei servizi a pagamento è particolarmente elevato: il 57% delle visite specialistiche e il 20,9 % degli accertamenti è pagato interamente dalle famiglie. Una quota importante di famiglie meno abbienti (48,8%) si fa interamente carico della spesa per le visite specialistiche. Per gli accertamenti diagnostici le disuguaglianze sociali sono più evidenti tra i giovani: il 35,8% delle persone di 6-44 anni con titolo di studio alto pagano interamente gli accertamenti effettuati contro il 15,4% di quelle con basso titolo.

La tabella 1 riporta i risultati di un esercizio di stima del peso di ogni determinante del fabbisogno su un indicatore globale di ricorso ai servizi sanitari. L'indicatore è ottenuto sintetizzando diverse informazioni per ciascun individuo circa la frequenza di accesso ai servizi sanitari nell'ultimo anno e attribuendo a ciascuna prestazione un peso proporzionale alla stima del suo valore economico. I livelli di assistenza considerati sono: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza in medicina generale o pediatrica, l'assistenza specialistica (visite e accertamenti), l'assistenza farmaceutica (in base al consumo riferito) e, infine, l'assistenza territoriale (assistenza psichiatrica, consultoriale, riabilitativa e domiciliare). L'indice globale di ricorso ai servizi comprende, a sua volta, il consumo di tutti i macro livelli precedenti. Per l'analisi la distribuzione degli indicatori viene rappresentata in modo da confrontare il gruppo di popolazione che manifesta un alto ricorso ai servizi rispetto al gruppo composto da coloro che hanno effettuato un basso ricorso o nessun utilizzo di assistenza. Tra i determinanti misurati dall'indagine sono compresi nella tabella un indicatore diretto di bisogno di salute (rappresentato da un indice composito di morbosità cronica) e vari indicatori indiretti di bisogno di salute (l'età, il livello di istruzione, la posizione professionale, la soddisfazione dichiarata per le risorse economiche familiari, la qualità dell'abitazione, il tipo di nucleo familiare, l'ampiezza demografica del comune di residenza e le grandi ripartizioni geografiche del paese). Sono state condotte analisi statistiche stratificate per sesso con modelli logistici multivariati per stimare il contributo indipendente di ogni determinante del fabbisogno.

La tabella 1 dimostra che l'indice globale di utilizzo dei servizi sanitari cresce in modo esponenziale con l'aumentare del livello di morbosità cronica. A questo contributo si associa anche il ruolo dell'invecchiamento che per gli anziani porta ad aumentare il livello di utilizzo dei servizi di 3,5-5,5 volte rispetto a quello dei giovani, a parità di presenza di malattie croniche. Oltre a questi due determinanti del fabbisogno di assistenza, che da soli spiegano gran parte della variabilità nell'uso dell'assistenza sanitaria, rimangono marginali influenze di altre variabili socio-demografiche o di contesto. A parità di età e di morbosità, le persone meno istruite (RR = 1,28 uomini, RR = 1,28 donne), quelle con risorse economiche insoddisfacenti (RR = 1,09 uomini, RR = 1,07 donne), le donne che vivono in abitazioni di scarsa qualità (RR = 1,10) e gli uomini disoccupati (RR = 1,17), consumano leggermente più assistenza sanitaria, insieme ad alcune categorie di persone che vivono in famiglie senza figli (RR = 1,25 coppie di anziani, RR = 1,14 adulti soli o coppie non di anziani). Viceversa alcuni gruppi, a parità di età e morbosità, utilizzano leggermente meno i servizi sanitari, come gli anziani soli tra gli uomini (RR = 0,88), le lavoratrici manuali (RR = 0,91), le donne disoccupate e gli uomini residenti in piccoli (RR = 0,87) e medi comuni (RR = 0,89). Non si osservano differenze geografiche significative, se non un lieve difetto non significativo per le regioni del Mezzogiorno. Dunque l'utilizzo dell'assistenza sanitaria da parte degli italiani sembra distribuito in modo sostanzialmente equo, in quanto per entrambi i generi è determinato soprattutto da indicatori diretti di bisogno di salute come la morbosità cronica e l'età, che probabilmente cattura ulteriormente quel fabbisogno di assistenza che non è ben influenzato dal solo indicatore di morbosità. Emergono elementi che testimoniano una sovra-equità sociale nell'uso dell'assistenza sanitaria in quanto in corrispondenza di ogni posizione sociale più sfavorevole si verifica un lieve eccesso di utilizzo dei servizi, con

la sola eccezione del lavoro manuale che sembra mostrare una lieve discriminazione nell'accesso all'assistenza. Viceversa una limitazione significativa e persistente nei due generi nell'utilizzo dell'assistenza sanitaria si verifica nei comuni di piccole e medie dimensioni rispetto a quelli dell'area metropolitana, probabilmente a causa della diversa pressione dell'offerta dei servizi.

Anche per i macro-livelli di assistenza ospedaliera, generica e farmaceutica l'utilizzo dell'assistenza sanitaria risulta determinato soprattutto da indicatori diretti di bisogno di salute. Nel caso dell'assistenza specialistica i modelli confermano il forte ruolo della morbosità, ma la contemporanea presenza di significative discriminazioni nell'accesso tra le donne anziane e nei gruppi sociali più svantaggiati.

Tabella 1 - Indicatore globale di assistenza sanitaria per alcuni determinanti e il sesso (Odds Ratio e 95% IC)

	Maschi			Femmine		
	OR	95% IC		OR	95% IC	
Indice di cronicità						
nessuna cronicità	1			1		
bassa cronicità	3,18	2,91	3,46	3,17	2,93	3,42
media cronicità	5,45	5,05	5,89	4,63	4,31	4,97
alta cronicità	13,48	12,33	14,74	9,38	8,68	10,13
molto alta cronicità	34,44	31,26	37,94	34,21	31,34	37,34
Fascia di età						
18-30	1			1		
0-17	1,82	1,61	2,05	1,03	0,93	1,15
31-64	1,78	1,60	1,98	1,43	1,31	1,55
65-79	5,58	4,83	6,45	3,55	3,15	3,99
Livello d'istruzione						
laurea	1			1		
diploma	1,13	1,02	1,25	0,99	0,90	1,08
media inferiore	1,10	0,99	1,22	1,02	0,93	1,13
elementare	1,28	1,13	1,43	1,28	1,15	1,42
Qualità abitazione						
alta	1			1		
bassa	1,00	0,91	1,10	1,10	1,02	1,20
Tipologia familiare						
tutte le coppie con figli	1			1		
coppie di anziani senza figli	1,25	1,10	1,41	0,89	0,79	1,00
anziani soli e famiglie monogenitoriali	0,88	0,79	0,98	0,97	0,90	1,05
adulti soli e coppie senza figli / altro	1,03	0,96	1,11	1,14	1,06	1,21
Condizione occupazionale						
non manuale	1			1		
manuale	0,93	0,87	1,00	0,91	0,84	0,98
disoccupato	1,17	1,01	1,36	0,77	0,67	0,88
inabili al lavoro, altro	1,05	0,94	1,16	0,93	0,87	0,99
Giudizio sulle risorse economiche						
ottime/adequate	1			1		
scarse/insufficienti	1,09	1,02	1,16	1,07	1,01	1,13
Ampiezza demografica						
area metropolitana	1			1		
comuni medi	0,89	0,82	0,96	0,95	0,89	1,02
comuni piccoli	0,87	0,80	0,94	1,00	0,93	1,07
Ripartizione geografica						
Nord-Ovest	1			1		
Nord-Est	1,03	0,89	1,18	1,08	0,96	1,22
Centro	1,04	0,90	1,20	1,10	0,98	1,25
Sud e Isole	0,91	0,81	1,03	0,97	0,87	1,08

Riferimenti bibliografici

- (1) Sabbadini L.L., Gargiulo L., Sebastiani G., "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005", Istat, Nota per la stampa, Roma, 2 marzo 2007.
- (2) Cislighi C, Gargiulo L., Sebastaini G., Un solo S.S. Nazionale ma tanti S:S: Regionali: eterogeneità geografica nell'accesso al pubblico e al privato. Analisi dei dati dell'Indagine Multiscopo Istat. Convegno Pianeta Sanità: i nuovi risultati dell'indagine Istat su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, Roma, 2 marzo 2007.
- (3) Costa G, Vannoni F, I determinanti del fabbisogno di salute e assistenza sanitaria in Italia nell'indagine Multiscopo. Convegno Pianeta Sanità: i nuovi risultati dell'indagine Istat su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Roma, 2 marzo 2007.