

## Assistenza territoriale

L'assistenza primaria rappresenta il livello nevralgico dell'intera organizzazione dei servizi sanitari per la realizzazione degli impegni nella tutela della salute. L'approccio innovativo alla salute e all'assistenza sanitaria primaria (*primary care*) si delinea con la Dichiarazione Universale di Alma Ata del 1978 nella quale la *primary health care* viene definita come "...il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie, delle comunità col sistema sanitario del Paese...". Nei trent'anni successivi sono state elaborate le linee principali di sviluppo dell'assistenza primaria all'interno dei sistemi sanitari internazionali anche attraverso Carte e Dichiarazioni ufficiali sostenute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1986 Ottawa, 1996 Lubiana, 2005 Bangkok) fino alla recente Carta di Tallinn *Health Systems for Health and Wealth* sottoscritta dai Governi di tutti i Paesi della Regione Europea dell'OMS il 27 giugno 2008.

Il ruolo sempre maggiore affidato all'assistenza primaria territoriale rispecchia un crescente impegno nel rispondere ai bisogni di salute della popolazione attraverso la promozione attiva della salute e il rafforzamento delle risorse personali e sociali a disposizione dell'individuo. Caratteristiche per il successo dell'area dell'assistenza primaria sono estensività ed equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, appropriatezza e praticità dei metodi e delle tecnologie utilizzate, valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

Gli elementi chiave che delineano una definizione operativa dell'assistenza primaria territoriale sono:

- una fase di primo contatto per affrontare le patologie più frequenti attraverso interventi a bassa complessità (ridotta concentrazione di saperi specialistici ed impegno tecnologico) ed una capillare personalizzazione del servizio in prossimità del bisogno (dalla residenza del paziente al *setting* ambulatoriale o di assistenza intermedia);
- un processo di presa in carico dell'assistito che preveda la segnalazione del bisogno, la valutazione dello stesso, la produzione di un piano di assistenza e il suo monitoraggio;
- la gestione della continuità assistenziale dei pazienti cronici e/o non autosufficienti. Essa consiste nel fornire un insieme di trattamenti considerando una serie di eventi sanitari tra di loro coerenti e collegati, in conformità con i bisogni sanitari del paziente ed il contesto personale.

La continuità assistenziale si realizza opportunamente in un contesto di integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari che possono interessare anche i livelli superiori di assistenza.

Un'assistenza qualificata dovrebbe far coesistere tre tipi di continuità: di relazione, intesa come interazione continua tra il paziente ed uno o più fornitori di assistenza; di gestione, che consiste in un approccio unitario e coerente da parte di tutti gli attori dell'assistenza nella gestione del problema di salute in risposta al bisogno del paziente; di informazione, attraverso l'uso di dati con valenza informativa, riferiti ad eventi passati e a circostanze personali riguardanti l'assistito ed il suo stato di salute, con l'obiettivo di effettuare un piano di assistenza individuale appropriato.

L'orientamento dell'offerta di servizi verso i bisogni dell'assistito, nel rispetto dei vincoli economici, è fondamentale per la buona riuscita degli interventi di *primary care*. A tal proposito intendiamo classificare quattro diverse tipologie di assistiti secondo le quali si può esprimere il bisogno di salute:

1. Sano o apparentemente sano; questo target prevede il ruolo emergente della medicina di opportunità e di iniziativa basata sull'educazione alla salute, sulla medicina comportamentale e sulla partecipazione strutturata a programmi di prevenzione attiva (primaria: stili di vita; secondaria: screening);
2. Non classificato; al primo contatto con il Servizio Sanitario Nazionale, in regime di elezione od urgenza per situazioni "non complesse" dal punto di vista specialistico e tecnologico.

Per rispondere a questa categoria di pazienti è necessaria una riqualificazione dell'offerta dell'associazionismo medico e la creazione di forme di integrazione della specialistica ambulatoriale (es. Day Service territoriale). A tal scopo si rivela perciò fondamentale il rapporto tra Medico di Medicina Generale, Medico Specialista e Distretto;

3. Cronico; la gestione di tali pazienti si realizza attraverso l'utilizzo di un insieme di principi e metodologie integrate basate sulle evidenze, tipo *Chronic Care Model*, che descrive aspetti organizzativi atti a migliorare

l'efficacia e l'efficienza nell'assistenza di pazienti con malattie croniche (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronico-ostruttiva, asma ed altre);

4. Non autosufficiente; sono tali le persone che, per una minorazione singola o plurima, hanno subito una riduzione dell'autonomia personale in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione. Questi pazienti vengono seguiti attraverso modalità di assistenza di lungo termine (*long term care*) quali l'assistenza residenziale o domiciliare.

Alla luce di tali aspetti il seguente capitolo illustra attraverso *core indicators* e Box alcuni ambiti e strumenti dell'assistenza territoriale:

- gestione delle patologie croniche con quattro indicatori: dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma, per complicanze a lungo termine del diabete mellito, per broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) e per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache. Box su *Chronic Care Model*; Box su medicina di iniziativa e remunerazione dei MMG nella gestione delle malattie croniche;

- gestione della non autosufficienza con il Box sui modelli di valutazione dell'appropriatezza in strutture di lungo degenza riabilitativa e con gli indicatori sull'assistenza domiciliare integrata, sulla residenzialità alberghiera protetta e sui presidi residenziali socio-assistenziali. Nell'ambito del Rapporto Osservasalute 2009 si valuterà la possibilità di effettuare una stratificazione per tipologia di struttura, coerente con il relativo profilo di utilizzo, in collaborazione con l'Istituto nazionale di statistica (Istat).

## Assistenza Domiciliare Integrata

**Significato.** Negli ultimi anni lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale si è orientato progressivamente verso un incremento dell'assistenza territoriale, la quale assorbe ormai il 50% delle risorse generali in media nazionale, riconoscendo all'ospedale prevalentemente il ruolo di erogatore di interventi assistenziali per acuti ad alto contenuto tecnologico e professionale. Tale inversione di tendenza si è determinata per rispondere in maniera più adeguata ai bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana ed affetta da polipatologie croniche, e per ottenere una razionalizzazione della spesa sanitaria.

Tra le molteplici modalità assistenziali territoriali, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta una delle forme più diffuse e complesse: può essere definita come un insieme di attività mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali rese al domicilio del paziente sulla base di un piano assistenziale individualizzato, integrate fra loro tramite un approccio multidisciplinare (clinico, organizzativo, gestionale), erogate con il fine di migliorare, mantenere o recuperare lo stato di salute o ottimizzare il livello di indipendenza, minimizzando gli effetti di handicap o malattie, incluse quelle terminali.

In base a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, le ipotesi di attivazione dell'ADI si riferiscono a: malati terminali, patologie invalidanti a carattere progressivo, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, dimissioni protette da strutture ospedaliere, riabilitazione in neurolesi e vasculopatici, neoplasie, malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro).

La richiesta di attivazione dell'intervento in ADI può provenire dal medico (di assistenza primaria o dal responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni) oppure dai servizi sociali del comune di residenza. Il caso segnalato è esaminato da una Unità di Valutazione Multiprofessionale costituita dal Medico di Medicina Generale del paziente (MMG), dal medico del Distretto responsabile dell'ADI, dall'infermiere professionale del Distretto, dall'assistente sociale del Comune di residenza. Alla valutazione segue l'elaborazione del piano di cure personalizzate sulle esigenze del paziente ("Progetto di assistenza individuale").

### Tasso di assistibili in ADI

Numeratore	Assistibili che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare	
Denominatore	Popolazione media residente	x 100.000

### Tasso di assistibili anziani in ADI

Numeratore	Assistibili di età >65 anni che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare	
Denominatore	Popolazione media residente di età >65 anni	x 1.000

### Tasso di ore di assistenza erogata per singolo caso trattato

Numeratore	Totale ore di assistenza domiciliare erogate	
Denominatore	Assistibili che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare	

**Validità e limiti.** I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati dal modello FLS.21 di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali (Decreto Ministeriale del 23/12/1996) e dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Trattandosi di indicatori di attività, non è possibile alcuna riflessione sulla qualità dell'ADI erogata dalle ASL nè sulla tipologia dei casi trattati.

La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale può limitare la validità di un confronto inter-regionale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** In assenza di un valore di riferimento legislativo e di omogeneità nei modelli organizzativi, gli indicatori analizzati possono essere considerati in riferimento al valore medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

In Italia nel corso del 2006 sono stati assistiti al proprio domicilio 414.153 pazienti. Il Grafico 1 illustra il numero di pazienti trattati in ADI per 100.000 abitanti dal 1998 al 2006: dai 359 casi del 1998 si è giunti ai

703 casi del 2006, con un incremento medio annuo del 9% circa.

Se si analizza tale indicatore a livello regionale si riscontra una notevole variabilità: si va da un valore minimo di 53 ADI per 100.000 abitanti in Valle d'Aosta, ad un valore massimo di 2.159 in Friuli Venezia Giulia (Tabella 1).

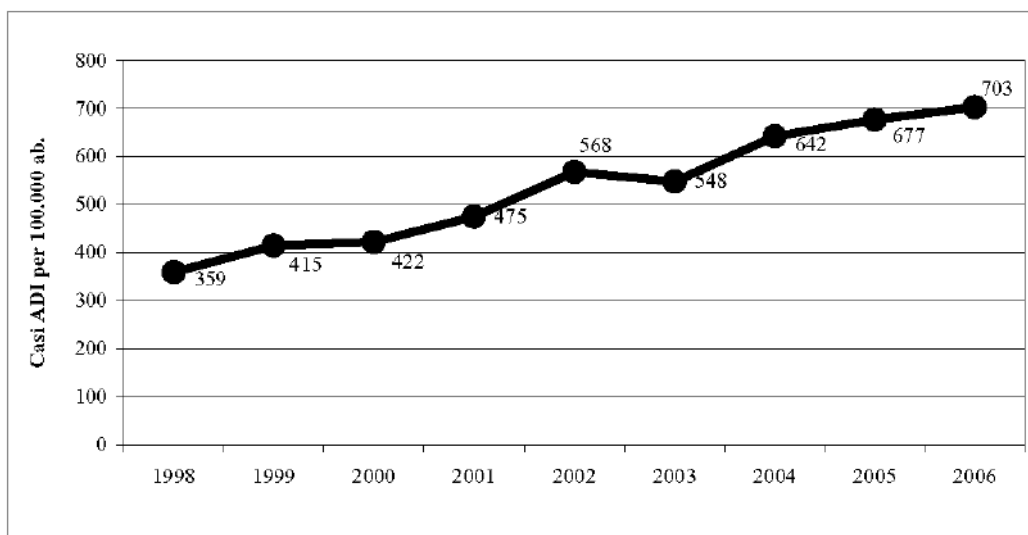
Globalmente la percentuale di ADI erogata a soggetti anziani è stata pari all'84,8%, valore in leggero aumento rispetto agli anni passati (84,2% nel 2005, 84,1% nel 2004 e 82,5% nel 2003): tutte le regioni, ad eccezione del Molise (57%), presentano una percentuale superiore al 75%.

Una notevole variabilità regionale è presente nel numero di anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente: si passa, infatti, da 2,1

casi per 1.000 ab. di età superiore a 65 anni in Valle d'Aosta a 80 casi in Friuli-Venezia Giulia. Il dato complessivo nazionale è pari a 31,9 per 1.000, in aumento se confrontato al 2005 (29,1 per 1.000).

Accorpare i dati per macroaree emergono evidenti differenze tra Nord e Sud: nelle regioni settentrionali il numero di ADI per 100.000 ab è oltre due volte e mezzo superiore rispetto a quello del Sud (943 vs 365) e tali differenze sono ancora più accentuate se si analizza il numero di anziani trattati in ADI rispetto ai residenti della stessa classe di età (Nord 40,6 vs Sud 18,0). Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 24 ore di assistenza, prevalentemente da personale infermieristico (17 ore): tali dati non si discostano da quelli dell'anno precedente (23 ore complessive di assistenza, di cui 16 da parte di personale infermieristico).

**Grafico 1** - Pazienti trattati in ADI (per 100.000) - Anni 1998-2006



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2008.

**Tabella 1** - Assistibili in ADI (valori assoluti e tassi) e ore di assistenza erogata per caso trattato in ADI, per regione ed area geografica - Anno 2006

Regioni ed aree geografiche	Assistibili in ADI	Tassi di assistibili per 100.000	Tassi di assistibili anziani %	Assistibili anziani (per 1.000 residenti >65)	Ore di assistenza erogata per caso trattato			Totale
					Terapisti della riabilitazione	Infermieri professionali	Altri operatori	
Piemonte	19.890	458	75,1	16,2	2	17	6	25
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	66	53	75,8	2,1	8	32	144	184
Lombardia	76.641	806	84,5	37,1	4	11	3	18
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>357</i>	<i>74</i>	<i>90,2</i>	<i>4,2</i>	<i>n.d.</i>	<i>15</i>	<i>n.d.</i>	<i>15</i>
<i>Trento</i>	<i>1.572</i>	<i>311</i>	<i>79,6</i>	<i>14,0</i>	<i>n.d.</i>	<i>22</i>	<i>n.d.</i>	<i>22</i>
Veneto	54.556	1.147	85,6	54,1	1	12	2	15
Friuli-Venezia Giulia	26.133	2.159	79,0	80,0	2	12	2	16
Liguria	13.858	861	94,5	32,3	5	16	4	25
Emilia-Romagna	59.093	1.405	90,0	58,8	0	20	2	22
<i>Nord</i>	<i>252.166</i>	<i>943</i>	<i>85,2</i>	<i>40,6</i>	<i>2</i>	<i>14</i>	<i>3</i>	<i>19</i>
Toscana	20.092	554	89,1	22,4	2	17	7	26
Umbria	9.881	1.135	83,0	42,6	1	13	3	17
Marche	14.595	952	86,6	38,5	5	21	2	28
Lazio	41.719	773	85,8	36,6	5	14	2	21
<i>Centro</i>	<i>86.287</i>	<i>755</i>	<i>86,4</i>	<i>32,4</i>	<i>4</i>	<i>16</i>	<i>3</i>	<i>23</i>
Abruzzo	11.314	865	84,8	36,2	10	22	1	33
Molise	6.723	2.098	57,0	57,1	3	8	1	12
Campania	11.785	204	87,3	12,3	13	43	3	59
Puglia	13.556	333	84,5	17,2	20	31	1	52
Basilicata	5.873	991	87,4	45,7	14	26	3	43
Calabria	11.252	562	81,1	26,2	5	12	0	17
Sicilia	10.701	213	81,3	10,2	10	24	3	37
Sardegna	4.496	271	83,5	13,6	14	56	1	71
<i>Sud ed Isole</i>	<i>75.700</i>	<i>365</i>	<i>81,7</i>	<i>18,0</i>	<i>11</i>	<i>27</i>	<i>2</i>	<i>40</i>
<b>Italia</b>	<b>414.153</b>	<b>703</b>	<b>84,8</b>	<b>31,9</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>24</b>

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Complessivamente anche nel 2006 è riscontrabile un'espansione dell'ADI a livello nazionale: in particolare si evidenzia come, in maniera pressoché omogenea, tale servizio si stia sempre più rivolgendo alla popolazione di età superiore a 65 anni.

Tuttavia, permangono notevoli differenze territoriali nei valori degli indicatori utilizzati, soprattutto tra le regioni settentrionali e quelle del Mezzogiorno: a tal proposito, il Quadro Strategico Nazionale 2007-2013, pubblicato dal Dipartimento per le Politiche di Sviluppo del Ministero dello Sviluppo Economico, pone come "obiettivo di servizio" per il Sud, l'incremento della percentuale di anziani beneficiari di ADI rispetto alla popolazione anziana dall'attuale 1,6% al 3,5% (valore dell'area settentrionale del Paese).

I dati pubblicati, suggeriscono, inoltre, una forte disomogeneità nei criteri che definiscono le attività assistenziali proprie dell'ADI, sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento. Al momento della stesura del presente Rapporto, si auspica che la prossima pubblicazione della revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza possa

costituire un possibile avvio al processo di standardizzazione del servizio di ADI a livello nazionale. Inoltre, la definizione e successiva applicazione della scheda di flusso nazionale per l'assistenza domiciliare concepita all'interno degli obiettivi del Progetto Mattoni del SSN "Assistenza primaria e prestazioni domiciliari", potrà senz'altro rappresentare un ulteriore significativo passo verso l'uniformità qualitativa e quantitativa del servizio.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ancona A. Le cure primarie: una priorità per il servizio sanitario. Monitor 2008; 20: 3-5.
- (2) Benetollo PP. Valutazione multidimensionale e sviluppo del modello organizzativo dell'assistenza domiciliare veneta. Convegno "Le cure domiciliari nel Veneto", Thiene (VI) 2007.
- (3) Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.
- (4) Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. 1998-2006.
- (5) Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013. Dipartimento per le Politiche di Sviluppo. Ministero dello Sviluppo Economico. Giugno 2007.

## Dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per Asma

**Significato.** L'asma è una patologia infiammatoria cronica delle vie aeree. Non esiste oggi alcun trattamento risolutivo dell'asma, ma è possibile controllarne il decorso riducendo gli episodi di crisi e le loro conseguenze. In tal senso la terapia dell'asma non può prescindere dall'educazione sanitaria del paziente che deve essere in grado di evitare i fattori di rischio, valutare la gravità delle crisi, modulare la terapia secondo il piano terapeutico personale e autosomministrarsi farmaci d'emergenza in caso di attacco grave. La

gestione del paziente asmatico attraverso un'adeguata assistenza territoriale può consentire un controllo delle crisi asmatiche evitando così il ricorso alle cure ospedaliere. Tra i *Prevention Quality Indicators dell'Agency for Health Research and Quality (AHRQ)* il tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma consente di valutare indirettamente l'appropriatezza della gestione territoriale della malattia.

### Tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma\*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

Numeratore                      Dimissioni per asma di 18 anni ed oltre  
 Denominatore                  Popolazione media residente di 18 anni ed oltre

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

**Validità e limiti.** L'indicatore si riferisce ai ricoveri per acuti di 18 anni e oltre con diagnosi principale per asma (Codici ICD-9-CM: 493.00-02; 493.10-12; 493.20-22; 493.90-92) in regime di ricovero ordinario, avvenuti negli istituti pubblici e privati accreditati nell'anno 2006. Sono state utilizzate le fonti ufficiali dei dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute per i ricoveri e le indagini demografiche dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) per la popolazione residente. I tassi sono stati standardizzati con il metodo diretto considerando come standard la popolazione italiana al censimento 2001.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Terzili della distribuzione regionale dei tassi standardizzati. Mediana dei tassi standardizzati del 2006 (0,13 per 1.000) e mediana della differenza tra i tassi standardizzati 2006-2004 (-0,07).

### Descrizione dei risultati

Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per asma per l'anno 2006 varia da 0,06 (per 1.000) nella

Provincia Autonoma di Trento a 0,32 (per 1.000) in Sardegna. L'andamento temporale 2004-2006 è generalmente in diminuzione (Tabella 1).

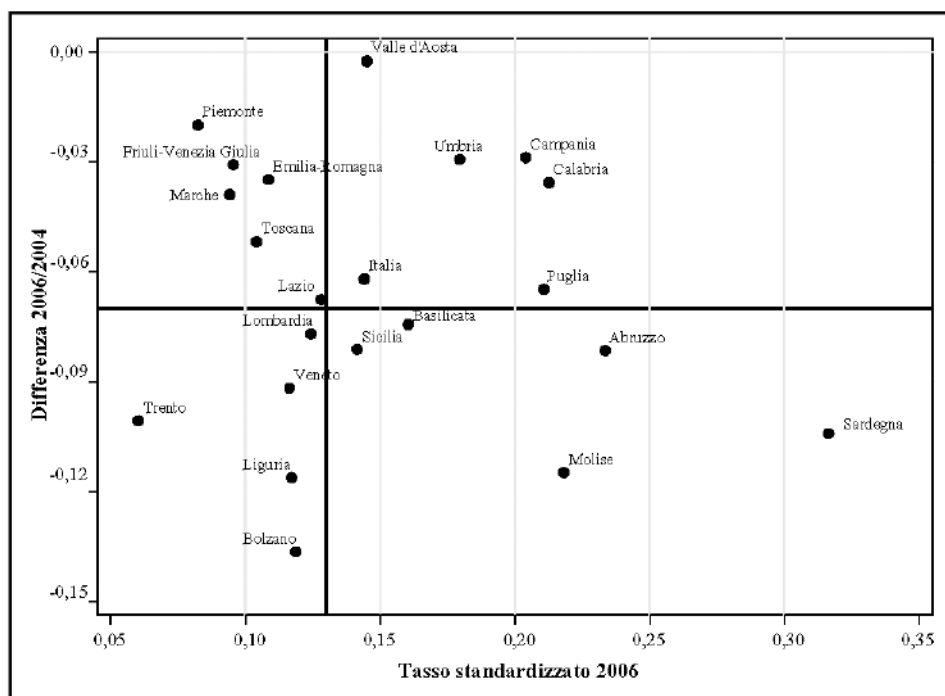
Distribuendo le regioni in quattro gruppi a seconda delle mediane dei tassi di dimissioni ospedaliere per il 2006 e dell'andamento temporale, definito come la differenza dei tassi tra il 2006 ed il 2004, osserviamo come le PA di Bolzano e Trento, la Liguria, il Veneto e la Lombardia presentino tassi più bassi della mediana e andamento temporale in forte diminuzione. Basilicata, Sicilia, Abruzzo, Molise e Sardegna sono caratterizzate da tassi più alti della mediana e andamento stabile o in riduzione. Tra le regioni che vedono diminuire più lentamente il proprio tasso troviamo nel quadrante superiore sinistro Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche e Toscana con tassi 2006 più bassi della mediana; nel quadrante superiore destro osserviamo, invece, regioni con tassi 2006 più alti della mediana: Valle d'Aosta, Umbria, Campania, Calabria e Puglia. Il Lazio si posiziona sulla linea mediana sia per la differenza dei tassi 2006-2004, sia per il tasso 2006 (Grafico 1).

**Tabella 1** - Tassi standardizzati (per 1.000) di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma per regione - Anni 2004-2006

Regioni	2004	Regioni	2005	Regioni	2006
Piemonte	0,10	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,10	Trento	0,06
Friuli-Venezia Giulia	0,13	Piemonte	0,11	Piemonte	0,08
Marche	0,13	Marche	0,12	Marche	0,09
Emilia-Romagna	0,14	Basilicata	0,13	Friuli-Venezia Giulia	0,10
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,15	Trento	0,14	Toscana	0,10
Toscana	0,16	Emilia-Romagna	0,14	Emilia-Romagna	0,11
Trento	0,16	Friuli-Venezia Giulia	0,15	Veneto	0,12
Lazio	0,20	Toscana	0,15	Liguria	0,12
Lombardia	0,20	Liguria	0,17	Bolzano-Bozen	0,12
Veneto	0,21	Sicilia	0,17	Lombardia	0,12
Umbria	0,21	Lazio	0,18	Lazio	0,13
Sicilia	0,22	Veneto	0,19	Sicilia	0,14
Campania	0,23	Lombardia	0,19	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,14
Liguria	0,23	Umbria	0,20	Basilicata	0,16
Basilicata	0,23	Puglia	0,25	Umbria	0,18
Calabria	0,25	Calabria	0,26	Campania	0,20
Bolzano-Bozen	0,26	Campania	0,27	Puglia	0,21
Puglia	0,28	Bolzano-Bozen	0,27	Calabria	0,21
Abruzzo	0,31	Abruzzo	0,30	Molise	0,22
Molise	0,33	Molise	0,32	Abruzzo	0,23
Sardegna	0,42	Sardegna	0,39	Sardegna	0,32
<b>Italia</b>	<b>0,21</b>	<b>Italia</b>	<b>0,19</b>	<b>Italia</b>	<b>0,14</b>

**Note:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana al censimento del 2001; gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero della Salute. SDO - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2008.

**Grafico 1** - Distribuzione delle regioni per livelli dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per asma ed andamento temporale - Anno 2006

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana al censimento del 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero della Salute. SDO - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il trattamento dei pazienti affetti da patologie croniche quali l'asma necessita di oculare strategie di integrazione tra diversi attori sulla scena dell'assistenza territoriale. L'associazionismo medico, la medicina specialistica ed il distretto possono collaborare nella realizzazione di adeguati percorsi assistenziali secondo logiche di *disease management* inserito in una programmazione di offerta di servizi istituzionali che coinvolga in maniera attiva i pazienti.

L'analisi della variabilità dei tassi standardizzati dei ricoveri ospedalieri per asma osservabili tra le regioni conferma la necessità di incrementare l'assistenza territoriale, con l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale dei pazienti in ogni fase della malattia.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) AHRQ Quality Indicators. Prevention Quality Indicators: Technical Specifications. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001 Version 3.2 (February 2008). <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (ultimo accesso: ottobre 2008).
- (2) Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Ildelson-Gnocchi, 2005.
- (3) Ministero della Salute. Piano sanitario Nazionale 2006-2008. Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006. Gazzetta Ufficiale 8 giugno 2006, Serie Generale, n. 131.
- (4) Damiani G, de Belvis AG, Siliquini R, Trani F, Mainelli MT. Appropriatelyzza organizzativa della gestione delle cronicità ed integrazione ospedale-territorio: asma bronchiale in pazienti di età > di 18 anni e diabete mellito con complicanze tardive (CLT). In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2005; PREX, Milano.
- (5) Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al., 2003: Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*; 327: 1.219-1.221.



## Dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del Diabete Mellito

**Significato.** Il diabete è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) ed è dovuta ad un'alterata quantità o funzione dell'insulina. Il diabete può determinare complicanze croniche che possono essere prevenute o di cui si può rallentare la progressione attraverso uno stretto controllo di tutti i fattori di rischio. La gestione delle complicanze a lungo termine del diabete (CLTD) può essere realizzata attraverso un'assistenza territoriale

che fornisca al paziente informazioni e mezzi per un adeguato controllo metabolico così da evitare l'emergere di quadri di diabete scompensato che renderebbero necessaria l'ospedalizzazione. Tra i *Prevention Quality Indicators dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* il tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per CLTD consente di valutare indirettamente l'appropriatezza della gestione territoriale del diabete.

### Tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito\*

Numeratore	Dimissioni per CLTD di 18 anni ed oltre	
	_____	x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente di 18 anni ed oltre	

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

**Validità e limiti.** L'indicatore si riferisce ai ricoveri per acuti di 18 anni e oltre con diagnosi principale per CLTD (Codici ICD-9-CM: 250.40-43; 250.50-53; 250.60-63; 250.70-73; 250.80-83 e 250.90-93) in regime di ricovero ordinario, avvenuti negli istituti pubblici e privati accreditati nel 2006. Sono state utilizzate le fonti ufficiali dei dati, quali le Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute) per i ricoveri e le indagini demografiche dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) per la popolazione residente. I tassi sono stati standardizzati con il metodo diretto considerando come standard la popolazione italiana al censimento 2001.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Terzili della distribuzione regionale dei tassi standardizzati. Mediana dei tassi standardizzati del 2006 (0,39 per 1.000) e mediana della differenza tra i tassi standardizzati 2006-2004 (-0,05).

### Descrizione dei risultati

Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere

potenzialmente evitabili per CLTD per l'anno 2006 varia da 0,19 (per 1.000) nelle Marche a 0,94 (per 1.000) in Molise (Tabella 1).

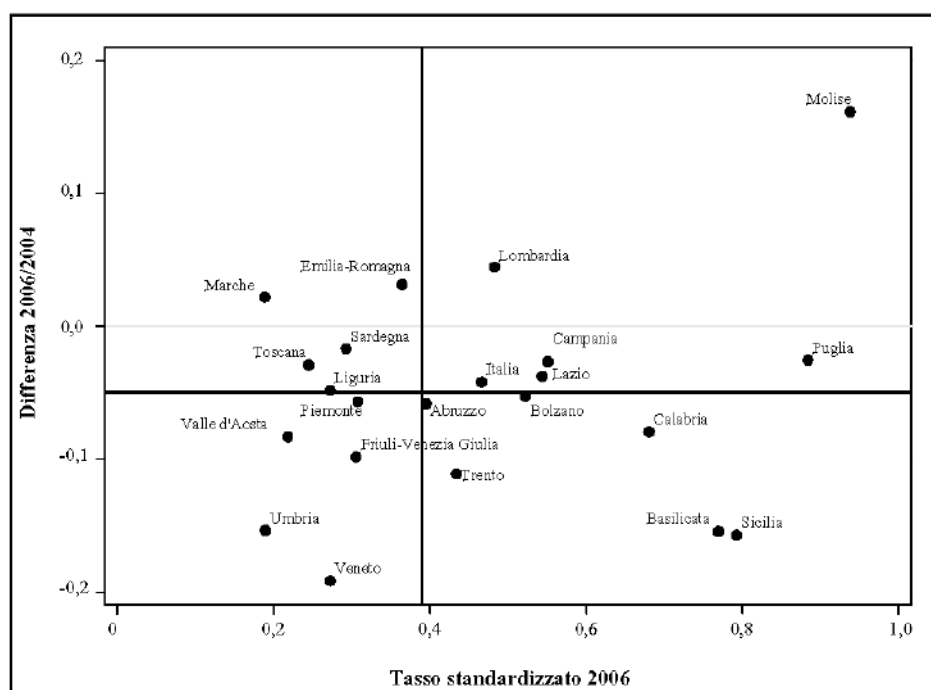
Distribuendo le regioni in quattro gruppi a seconda delle mediane dei tassi di dimissioni ospedaliere per il 2006 e dell'andamento temporale, definito come la differenza dei tassi tra il 2006 ed il 2004, osserviamo come Veneto, Umbria, Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Piemonte abbiano tassi più bassi della mediana e andamento temporale in forte diminuzione. Abruzzo, PA di Trento, Calabria, Basilicata e Sicilia sono caratterizzate, invece, da tassi superiori alla mediana ed andamento stabile o in diminuzione. Nel quadrante superiore sinistro Toscana, Sardegna, Marche e Emilia-Romagna presentano tassi 2006 più bassi rispetto alla mediana e andamento temporale stabile o in lieve aumento; nel quadrante superiore destro Lazio, Campania, Puglia, Lombardia e Molise occupano una posizione sfavorevole con tassi 2006 superiori alla mediana ed andamento stabile o in aumento. Si posizionano sulla linea mediana per la differenza dei tassi 2006-2004 PA di Bolzano e Liguria, per i tassi 2006 Abruzzo (Grafico 1).

**Tabella 1** - Tassi standardizzati (per 1.000) di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per CLTD per regione - Anni 2004-2006

Regioni	2004	Regioni	2005	Regioni	2006
Marche	0,17	Marche	0,13	Marche	0,19
Toscana	0,27	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,14	Umbria	0,19
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,30	Umbria	0,21	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,22
Sardegna	0,31	Toscana	0,26	Toscana	0,24
Liguria	0,32	Sardegna	0,31	Veneto	0,27
Emilia-Romagna	0,33	Liguria	0,31	Liguria	0,27
Umbria	0,34	Piemonte	0,32	Sardegna	0,29
Piemonte	0,36	Emilia-Romagna	0,37	Friuli-Venezia Giulia	0,31
Friuli-Venezia Giulia	0,40	Abruzzo	0,41	Piemonte	0,31
Lombardia	0,44	<i>Trento</i>	<i>0,44</i>	Emilia-Romagna	0,36
Abruzzo	0,45	Lazio	0,44	Abruzzo	0,39
Veneto	0,46	Friuli-Venezia Giulia	0,45	<i>Trento</i>	<i>0,43</i>
<i>Trento</i>	<i>0,55</i>	Lombardia	0,45	Lombardia	0,48
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,57</i>	Veneto	0,51	<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,52</i>
Campania	0,58	Campania	0,52	Lazio	0,54
Lazio	0,58	<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,55</i>	Campania	0,55
Calabria	0,76	Calabria	0,71	Calabria	0,68
Molise	0,78	Molise	0,76	Basilicata	0,77
Puglia	0,91	Basilicata	0,80	Sicilia	0,79
Basilicata	0,92	Sicilia	0,82	Puglia	0,88
Sicilia	0,95	Puglia	0,85	Molise	0,94
<b>Italia</b>	<b>0,51</b>	<b>Italia</b>	<b>0,47</b>	<b>Italia</b>	<b>0,47</b>

**Note:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana al censimento del 2001; gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2008.

**Grafico 1** - Distribuzione delle regioni per livelli dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per CLTD ed andamento temporale - Anno 2006

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana al censimento del 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il sistema di servizi che si propone di rispondere ai bisogni dei pazienti diabetici dovrebbe articolarsi secondo logiche di tipo *Chronic Care Model* che prevedono, da un lato la gestione delle complicanze a lungo termine grazie ad *équipe* territoriali, dall'altro il miglioramento della qualità di vita dei pazienti mediante lo sviluppo della medicina di iniziativa attuata attraverso l'educazione e l'informazione sanitaria. Studiando l'andamento dei tassi standardizzati dei ricoveri ospedalieri per CLTD nelle diverse regioni si può osservare come lo sviluppo dell'assistenza primaria nel territorio non sia ancora consolidato e si auspica, perciò, un impegno da parte di istituzioni e professionisti per migliorare ulteriormente l'offerta sanitaria volta al trattamento ed alla gestione della cronicità.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) AHRQ Quality Indicators. Prevention Quality Indicators: Technical Specifications. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001 Version 3.2 (February 2008). <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (ultimo accesso: ottobre 2008).
- (2) Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Ildelson-Gnocchi, 2005.
- (3) Ministero della Salute. Piano sanitario Nazionale 2006-2008. Decreto del Presidente della repubblica 7 aprile 2006. Gazzetta Ufficiale 8 giugno 2006, Serie Generale, n. 131.
- (4) Damiani G, de Belvis AG, Siliquini R, Trani F, Mainelli MT. Appropriatelyzza organizzativa della gestione delle cronicità ed integrazione ospedale-territorio: asma bronchiale in pazienti di età > di 18 anni e diabete mellito con complicanze tardive (CLT). In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2005; PREX, Milano.
- (5) Wagner EH, Davis C, Schaefer J, et al., 1999: A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with literature? *Managed care quarterly*; 7: 55-66.

## Ospedalizzazione per Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva

**Significato.** La broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) è una condizione cronica che determina un elevato carico di malattia nella popolazione adulta e soprattutto anziana. Incluso tra i *Prevention Quality Indicators* dell'AHRQ (1), il tasso di ospedalizzazio-

ne per questa condizione “sensibile alle cure ambulatoriali” intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione e di cura presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso all'ospedale.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per broncopneumopatia cronico ostruttiva\*

Numeratore	Dimissioni di età superiore ai 64 anni con diagnosi di BPCO (ICD-9-CM 490, 491.x, 492.x, 496.x)	
Denominatore	Popolazione media residente di 64 anni ed oltre	x 1.000

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati”.

**Validità e limiti.** La riproducibilità e l'accuratezza della misurazione di questo indicatore, basato sul flusso SDO, sono elevate. La standardizzazione per età aggiusta per le differenti strutture delle popolazioni. Il principale limite è un sub-ottimale rapporto segnale/rumore. Infatti, se il miglioramento della qualità dei servizi territoriali può ridurre il rischio di dimissioni ospedaliere (segnale), tale rischio è influenzato da altri determinanti non controllabili da parte del sistema sanitario o non associati alla qualità dei servizi territoriali (rumore), come le caratteristiche socio-economiche della popolazione, disomogenee a livello regionale e i criteri di ammissione ospedaliera, che potrebbero determinare variazioni dei tassi di dimissioni ospedaliere indipendentemente dalla qualità dei servizi territoriali. Da qui, le necessarie cautele nell'interpretazione e l'opportunità di utilizzo nel contesto di sistemi di valutazione che tengano conto anche dei processi assistenziali a livello territoriale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Come valore di riferimento si possono considerare i terzili dei tassi regionali.

### Descrizione dei risultati

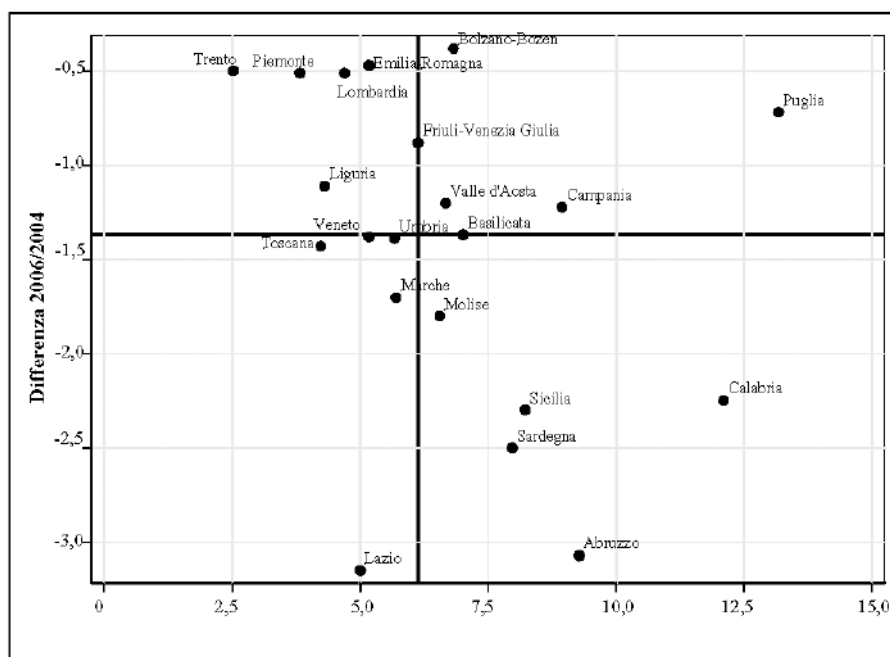
Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per BPCO per l'anno 2006, riportato in ordine crescente con distribuzione in terzili, varia da 2,52 ricoveri (per 1.000) nella PA di Trento a 13,18 ricoveri (per 1.000) in Puglia con un evidente gradiente Nord-Sud (Tabella 1). I trend temporali sono generalmente in diminuzione. Distribuendo le regioni in quattro gruppi a seconda delle mediane dei tassi di dimissioni ospedaliere per il 2006 e del trend temporale, definito come la differenza tra il 2006 ed il 2004, osserviamo regioni, come il Lazio, con tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere più bassi della mediana e trend temporale in forte diminuzione e regioni, come la Puglia, con tassi di dimissioni ospedaliere più alti della mediana e trend temporale in debole diminuzione (Grafico 1).

**Tabella 1** - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per BPCO per regione - Anni 2004-2006

Regioni	2004	Regioni	2005	Regioni	2006
Trento	3,02	Trento	3,08	Trento	2,52
Piemonte	4,33	Piemonte	4,52	Piemonte	3,82
Lombardia	5,20	Liguria	5,14	Toscana	4,23
Liguria	5,42	Lombardia	5,29	Liguria	4,31
Emilia-Romagna	5,64	Toscana	5,91	Lombardia	4,69
Toscana	5,66	Emilia-Romagna	6,18	Lazio	5,00
Veneto	6,55	Veneto	6,60	Emilia-Romagna	5,17
Friuli-Venezia Giulia	7,01	Marche	7,09	Veneto	5,17
Umbria	7,06	Umbria	7,22	Umbria	5,67
Bolzano-Bozen	7,21	Lazio	7,27	Marche	5,70
Marche	7,40	Friuli-Venezia Giulia	7,41	Friuli-Venezia Giulia	6,13
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,87	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,74	Molise	6,55
Lazio	8,15	Bolzano-Bozen	7,92	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	6,67
Molise	8,35	Basilicata	8,30	Bolzano-Bozen	6,83
Basilicata	8,38	Molise	8,76	Basilicata	7,01
Campania	10,17	Sicilia	10,15	Sardegna	7,97
Sardegna	10,47	Sardegna	10,22	Sicilia	8,23
Sicilia	10,53	Campania	10,34	Campania	8,95
Abruzzo	12,35	Abruzzo	12,03	Abruzzo	9,28
Puglia	13,90	Calabria	14,06	Calabria	12,10
Calabria	14,35	Puglia	14,97	Puglia	13,18

**Note:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001; gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Grafico 1** - Distribuzione delle regioni per livelli dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per BPCO ed andamento temporale - Anno 2006

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

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La BPCO è una condizione cronica la cui gestione potrebbe beneficiare di modalità innovative incentrate sull'interazione tra team assistenziali preparati e proattivi e pazienti informati e attivi secondo le indicazioni del *Chronic Care Model* (2). Per questa condizione risultano peraltro di fondamentale importanza gli interventi di prevenzione dell'abitudine al fumo di tabacco, soprattutto se multisettoriali e integrati con gli interventi curativi (3).

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) AHRQ quality indicators. Guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive conditions [version 3.1]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007 Mar 12. 59 p.(AHRQ Pub; no. 02-R0203).
- (2) Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action. *Health Affairs*. 20 (6) 64-78. Nov-Dec 2001.
- (3) Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003; 7 (1): 73-82.

## Ospedalizzazione per Insufficienza Cardiaca senza procedure cardiache

**Significato.** L'insufficienza cardiaca è una condizione cronica che determina un elevato carico di malattia nella popolazione adulta e soprattutto anziana. Incluso tra i *Prevention Quality Indicators* dell'AHRQ (1), il tasso di dimissioni ospedaliere senza procedure car-

diache per questa condizione "sensibile alle cure ambulatoriali" intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione e di cura presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso all'ospedale.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache\*

Numeratore	Dimissioni di età superiore ai 64 anni con diagnosi di insufficienza cardiaca (ICD-9-CM 428.x, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93) senza procedure cardiache (ICD-9-CM 35.xx-37.xx)	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente di 64 anni ed oltre	

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

**Validità e limiti.** La riproducibilità e l'accuratezza della misurazione di questo indicatore, basato sul flusso SDO, sono elevate (2). La standardizzazione per età aggiusta per le differenti strutture delle popolazioni. Il principale limite è un sub-ottimale rapporto segnale/rumore. Infatti, se il miglioramento della qualità dei servizi territoriali può ridurre il rischio di dimissioni ospedaliere (segnale), tale rischio è influenzato da altri determinanti non controllabili da parte del sistema sanitario o non associati alla qualità dei servizi territoriali (rumore), come le caratteristiche socio-economiche della popolazione, disomogenee a livello regionale e i criteri di ammissione ospedaliera, che potrebbero determinare variazioni dei tassi di dimissioni ospedaliere indipendentemente dalla qualità dei servizi territoriali. Da qui, le necessarie cautele nell'interpretazione e l'opportunità di utilizzo nel contesto di sistemi di valutazione che tengano conto anche dei processi assistenziali a livello territoriale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Come valore di riferimento si possono considerare i terzili dei tassi regionali.

### Descrizione dei risultati

Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache per l'anno 2006, riportato in ordine crescente con distribuzione in terzili, varia da 10,09 ricoveri (per 1.000) in Piemonte a 20,16 ricoveri (per 1.000) in Calabria (Tabella 1). I trend temporali sono in diminuzione per alcune regioni ed in aumento per altre. Distribuendo le regioni in quattro gruppi a seconda delle mediane dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per il 2006 e del trend temporale, definito come la differenza tra il 2006 ed il 2004, osserviamo regioni, come la Valle d'Aosta, con tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere più bassi della mediana e trend temporale in diminuzione e regioni, come la Calabria, con tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere più alti della mediana e trend in ulteriore aumento (Grafico 1).

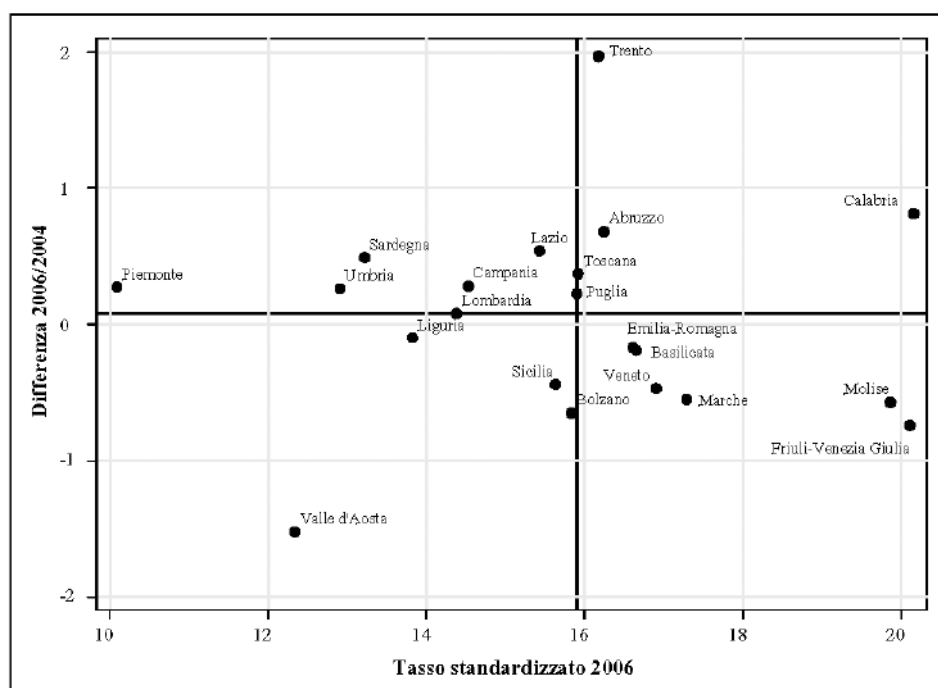
**Tabella 1** - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache per regione - Anni 2004-2006

Regioni	2004	Regioni	2005	Regioni	2006
Piemonte	9,82	Piemonte	10,05	Piemonte	10,09
Umbria	12,65	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,09	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,34
Sardegna	12,73	Umbria	12,19	Umbria	12,91
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	13,86	Sardegna	13,17	Sardegna	13,22
Liguria	13,93	Lombardia	14,24	Liguria	13,83
Trento	14,20	Liguria	14,41	Lombardia	14,38
Campania	14,25	Lazio	14,61	Campania	14,53
Lombardia	14,30	Campania	14,73	Lazio	15,43
Lazio	14,89	Sicilia	15,28	Sicilia	15,63
Toscana	15,55	Trento	15,31	Bolzano-Bozen	15,83
Abruzzo	15,56	Bolzano-Bozen	15,58	Puglia	15,90
Puglia	15,68	Puglia	15,68	Toscana	15,92
Sicilia	16,07	Abruzzo	15,70	Trento	16,17
Bolzano-Bozen	16,48	Toscana	16,59	Abruzzo	16,24
Basilicata	16,78	Veneto	16,69	Basilicata	16,61
Emilia-Romagna	16,84	Basilicata	16,76	Emilia-Romagna	16,65
Veneto	17,37	Emilia-Romagna	16,84	Veneto	16,90
Marche	17,84	Marche	17,73	Marche	17,29
Calabria	19,35	Molise	19,20	Molise	19,86
Molise	20,43	Calabria	19,83	Friuli-Venezia Giulia	20,11
Friuli-Venezia Giulia	20,85	Friuli-Venezia Giulia	20,33	Calabria	20,16

**Note:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001; gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Grafico 1** - Distribuzione delle regioni per livelli dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache ed andamento temporale - Anno 2006



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

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.



**Raccomandazioni di Osservasalute**

L'insufficienza cardiaca è una condizione cronica la cui gestione potrebbe beneficiare di modalità innovative incentrate sull'interazione tra *team* assistenziali preparati e proattivi e pazienti informati e attivi secondo le indicazioni del *Chronic Care Model* (3).

**Riferimenti bibliografici**

(1) AHRQ quality indicators. Guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive

conditions [version 3.1]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007 Mar 12. 59 p.(AHRQ Pub; no. 02-R0203).

(2) Peter S. Hussey, Soeren Mattke, Lindsey Morse, And M. Susan Ridgely. Evaluation of the Use of AHRQ and Other Quality Indicators:

<http://www.ahrq.gov/about/evaluations/qualityindicators/qualityindicators.pdf>.

(3) Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action. *Health Affairs*. 20 (6) 64-78. Nov-Dec 2001.

## Posti letto nelle Residenze alberghiere protette

**Significato.** Il tema dell'articolazione complessiva del sistema di offerta è stato ripetutamente oggetto di interventi normativi e di provvedimenti sia da parte del livello centrale del nostro servizio sanitario sia da parte delle autorità regionali. Nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, con riferimento alla più vasta problematica della integrazione dei diversi livelli di assistenza, si sostiene che "la componente di residenzialità della rete deve essere limitata quanto più possibile ai casi con rilevante compromissione dell'autosufficienza e, preso atto dell'ampia variabilità dei bisogni, le Residenze dovrebbero prevedere nuclei con finalità specifiche: luoghi di sollievo per la persona disabile e la famiglia, nuclei per preminenti esigenze riabilitative o per problematiche cliniche temporanee, etc." coerentemente con l'obiettivo di garantire conti-

nuità di cure secondo i principi della appropriatezza e della economicità. Dal canto loro le diverse regioni hanno operato rispetto alla residenzialità scelte diverse, funzionali, evidentemente, ai contesti specifici e che tuttavia rendono molto frastagliato e disomogeneo il panorama. Pertanto, riconoscendo in accordo con il Piano Sanitario la necessità di rendere evidenti le dimensioni dell'offerta, l'indicatore sviluppato include tutta la residenzialità alberghiera protetta ricomprendendo al numeratore i posti letto relativi alle Residenze assistenziali per anziani, alle Residenze socio-sanitarie, alle RSA e alle comunità socio-riabilitative. Il denominatore considera la popolazione residente di età superiore ai 65 anni, ritenuta la fascia a maggior bisogno di tale tipologia di offerta.

### Tasso di posti letto nelle Residenze alberghiere protette

Numeratore	Posti letto nelle Residenze alberghiere protette	x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente di 65 anni ed oltre	

**Validità e limiti.** Come indicato in precedenza, nella costruzione dell'indicatore sono state incluse deliberatamente diverse tipologie di strutture, comprese alcune non dedicate in maniera esclusiva alla popolazione anziana. In particolare, le comunità socio-riabilitative possono accogliere, oltre ad anziani con limitata autosufficienza, anche portatori di handicap fisici o psichici, tossicodipendenti, alcolisti, dimessi dal carcere, mentre le RSA possono ospitare anziani non autosufficienti, ma anche persone disabili. D'altro canto, pur nei limiti indicati, i dati relativi ai posti letto residenziali sono stati raccolti con buone caratteristiche di continuità temporale e completezza di rilevazione; pertanto, si ritiene che l'indicatore al momento sia in grado di fornire almeno un quadro comparativo relativamente a un profilo di offerta essenziale per disegnare la mappa dei servizi.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Pur non potendosi individuare un valore di riferimento, dal momento che il rapporto ideale tra posti letto residenziali e popolazione anziana dipende dall'offerta di tipologie di assistenza alternative all'istituzionalizzazione e dall'orientamento delle singole regioni, si ritiene di poter attuare un confronto rispetto al dato medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Il tasso dei posti letto di tipo residenziale mostra profonde differenze tra le diverse realtà regionali, pur in presenza di una relativa omogeneità fra le macroaree del Nord, Centro e Sud.

Considerando l'ultimo dato disponibile, relativo all'anno 2004, si può notare come la grande maggioranza delle regioni del Nord si attesti su livelli decisamente superiori al valore nazionale con la sola e, per altro, parziale eccezione dell'Emilia-Romagna. Particolarmente elevato appare il tasso di posti letto relativo alla Provincia Autonoma di Trento. Condizione opposta si osserva tra le regioni del Centro e del Sud dove solamente le Marche e il Molise presentano tassi paragonabili a quello nazionale, mentre particolarmente bassi appaiono quelli di Campania, Basilicata e Calabria.

La disponibilità di dati relativi a tre anni consecutivi permette alcune considerazioni anche sul trend presentato dall'indicatore nelle diverse regioni. Mentre al Nord si è di fronte ad una pressoché costante riduzione del tasso di posti letto residenziali (ad eccezione della Provincia Autonoma di Trento), per il Centro e il Sud non si individua altrettanto facilmente un andamento comune.

**Tabella 1** - Tassi di posti letto (per 100.000) nelle Residenze alberghiere protette e tendenza triennale per regione - Anni 2002-2004

Regioni	2002	2003	2004	Tendenza 2002-2004
Piemonte	4.559,89	4.631,95	4.408,24	↓
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4.670,40	4.057,76	4.470,89	↓
Lombardia	3.293,27	3.104,11	3.176,28	↓
Bolzano-Bozen	4.744,20	4.502,86	3.489,57	↓
Trento	5.810,14	5.922,19	6.080,81	↑
Veneto	4.025,83	4.332,09	3.756,91	↓
Friuli-Venezia Giulia	4.176,98	4.729,36	4.160,63	↓
Liguria	3.182,24	3.371,15	3.163,88	↓
Emilia-Romagna	3.166,43	3.162,91	2.804,63	↓
Toscana	2.087,78	1.886,06	1.985,85	↓
Umbria	1.801,54	1.816,27	1.556,08	↓
Marche	2.672,76	2.658,01	2.506,27	↓
Lazio	1.506,94	1.446,02	1.544,85	↑
Abruzzo	2.113,24	2.089,21	1.908,14	↓
Molise	2.391,40	2.497,09	2.616,15	↑
Campania	724,48	739,58	660,86	↓
Puglia	1.412,36	1.577,74	1.455,05	↑
Basilicata	713,80	745,30	602,18	↓
Calabria	627,81	694,68	666,61	↑
Sicilia	1.119,19	1.242,36	1.214,16	↑
Sardegna	801,30	734,95	1.029,23	↑
<b>Italia</b>	<b>2.518,19</b>	<b>2.538,43</b>	<b>2.424,78</b>	<b>↓</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health For All-Italia. Giugno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Per poter meglio valutare i dati presentati bisognerebbe prendere in considerazione per ogni singola regione sia la domanda di residenzialità sia l'offerta complessiva anche di forme di assistenza alternative rivolte alla popolazione anziana, quali l'assistenza domiciliare. Le singole regioni possono, infatti, avere da questo punto di vista orientamenti anche molto diversi, ai quali concorrono valutazioni anche di tipo economico e di appropriatezza.

Si ravvisa la opportunità che il sistema di rilevazione sia più coerente ed omogeneo per questa tipologia di offerta a partire dalla chiarezza ed univocità dei profili di utilizzo delle diverse tipologie di strutture.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Health For All-Italia. Anno 2008.
- (2) Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.
- (3) Pesaresi F, Simoncelli M: Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. Tendenze nuove. 2008; 2: 199-232.

## Anziani nei Presidi residenziali socio-assistenziali

**Significato.** Tra le strutture residenziali che, notoriamente, comprendono istituzioni che offrono assistenza a diversi livelli di intensità, assumono un ruolo predominante quelle per anziani, i cui fruitori, in prima istanza, sono soggetti fragili affetti da pluripatologie croniche e con limitazioni funzionali. La focalizzazione sui processi di integrazione della rete dei servizi orientati alla continuità delle cure, attualmente in corso nell'ambito sia della programmazione nazionale sia di quella regionale, accresce l'attenzione su questo nodo critico. Ne deriva un primario interesse a valu-

tarne l'evoluzione negli anni, con confronti tra le varie realtà regionali sia per quanto riguarda il sistema di offerta rapportato ad altre possibili alternative, sia per quanto riguarda i livelli di utilizzo. L'indicatore proposto tende proprio ad evidenziare il profilo di utilizzo di queste tipologie di strutture, ponendo attenzione a quanti ne sono considerati i principali fruitori. Al fine di individuare possibili linee di tendenza, tenuto anche conto delle oscillazioni annuali della numerosità della popolazione considerata, l'indicatore è tracciato nell'arco del triennio 2002-2004.

### Tasso di anziani nei Presidi residenziali socio-assistenziali

Numeratore	Anziani ( $\geq 65$ anni) presenti nei Presidi residenziali socio-assistenziali	
Denominatore	Popolazione media residente di 65 anni ed oltre	$\times 100.000$

### Tasso di anziani non autosufficienti nei Presidi residenziali socio-assistenziali

Numeratore	Anziani ( $\geq 65$ anni) non autosufficienti presenti nei Presidi residenziali socio-assistenziali	
Denominatore	Popolazione media residente di 65 anni ed oltre	$\times 100.000$

**Validità e limiti.** La fonte utilizzata si riferisce sia agli anziani (65 anni ed oltre), senza ulteriori specificazioni, che a quelli non autosufficienti. Il secondo gruppo è verosimilmente compreso nel primo, ma, in assenza di indicazioni specifiche, sono stati costruiti due indicatori distinti. Peraltro, non è disponibile alcun dato relativo alla popolazione media residente non autosufficiente per fasce di età, per cui in entrambi i casi è stata utilizzata al denominatore la popolazione media residente di età superiore ai 65 anni. D'altro canto, pur nei limiti indicati, i dati necessari alla costruzione degli indicatori sono stati raccolti con buone caratteristiche di continuità temporale e completezza di rilevazione; pertanto si ritiene che essi siano in grado di fornire almeno un quadro comparativo relativamente al profilo di utilizzo dell'offerta. La loro analisi, in associazione con altri indicatori, risulta essenziale per monitorare nel tempo gli effetti di politiche e provvedimenti adottati in questo settore strategico dell'assistenza.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Pur non potendosi individuare un valore di riferimento, si ritiene di poter attuare un confronto rispetto al dato medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Il tasso di anziani presenti nei Presidi residenziali

socio-assistenziali mostra alcune differenze tra le diverse realtà regionali. Considerando l'ultimo dato disponibile, relativo all'anno 2004, nonché il valore medio del triennio, si può notare come la grande maggioranza delle regioni del Nord si attesti su livelli decisamente superiori al dato nazionale (in particolare Province Autonome di Trento e Bolzano e Valle d'Aosta), mentre tutte le regioni del Centro e del Sud presentano tassi inferiori (in particolare Campania, Basilicata e Calabria). Il trend tra il 2002 e il 2004 appare però complessivamente in leggera riduzione in tutte le regioni del Nord, dato che riflette anche la tendenza a livello nazionale, ad eccezione della Provincia Autonoma di Trento, mentre per il Centro e il Sud non si individua un andamento comune. Appare tuttavia evidente come, ad eccezione della Sicilia, le regioni che presentano valori già bassi in partenza manifestino nel triennio una situazione sostanzialmente stabile o in ulteriore flessione. Più problematica risulta la lettura del tasso riferito agli ospiti anziani non autosufficienti; gli andamenti in alcuni casi sono sovrapponibili a quanto descritto in precedenza, in particolare confermando il diverso livello di utilizzo tra regioni del Nord e Centro-Sud, in altri se ne discostano. Tuttavia appare estremamente difficile estrapolare possibili considerazioni circa i livelli di appropriatezza del profilo di utilizzo dalla semplice comparazione dei due indicatori proposti.

**Tabella 1** - Tassi di anziani (65 anni ed oltre) nei Presidi residenziali socio-assistenziali (per 100.000 anziani) per regione - Anni 2002-2004

Regioni	2002	2003	2004	Valore medio
Piemonte	3.653,25	3.813,33	3.544,12	3.670,23
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4.235,24	3.732,64	4.185,78	4.051,22
Lombardia	2.851,39	2.765,33	2.753,26	2.789,99
Bolzano-Bozen	n.d.	4.198,94	4.129,82	4.164,38
Trento	n.d.	4.952,35	5.011,87	4.982,11
Veneto	3.632,55	3.676,30	3.262,35	3.523,73
Friuli-Venezia Giulia	3.668,14	3.500,17	3.574,56	3.580,96
Liguria	2.495,67	2.643,75	2.568,30	2.569,24
Emilia-Romagna	2.654,51	2.667,28	2.366,13	2.562,64
Toscana	1.752,42	1.583,35	1.659,49	1.665,09
Umbria	1.236,29	1.228,87	1.130,59	1.198,58
Marche	1.889,04	1.990,03	1.881,18	1.920,08
Lazio	1.047,55	1.008,48	1.066,01	1.040,68
Abruzzo	1.500,18	1.543,94	1.431,29	1.491,80
Molise	1.710,66	1.818,71	1.898,86	1.809,41
Campania	465,61	467,01	446,92	459,85
Puglia	874,90	867,10	870,21	870,74
Basilicata	547,37	628,08	546,18	573,88
Calabria	535,77	612,00	482,06	543,28
Sicilia	821,37	872,77	862,84	852,33
Sardegna	1.386,37	1.172,38	1.414,65	1.324,47
<b>Italia</b>	<b>2.009,08</b>	<b>2.063,70</b>	<b>1.986,06</b>	<b>2.019,61</b>

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health For All-Italia. Giugno 2008.

**Tabella 2** - Tassi di anziani (65 anni ed oltre) non autosufficienti nei Presidi residenziali socio-assistenziali (per 100.000 anziani) per regione - Anni 2002-2004

Regioni	2002	2003	2004	Valore medio
Piemonte	1.956,98	2.166,79	2.081,39	2.068,39
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3.459,72	3.141,49	3.776,70	3.459,30
Lombardia	2.540,08	2.525,35	2.554,96	2.540,13
Bolzano-Bozen	3.680,40	3.587,09	3.636,32	3.634,60
Trento	4.466,09	4.502,75	4.539,46	4.502,77
Veneto	2.617,76	2.685,32	2.472,35	2.591,81
Friuli-Venezia Giulia	2.477,45	2.466,82	2.582,42	2.508,90
Liguria	1.358,12	1.534,35	1.511,52	1.468,00
Emilia-Romagna	2.015,01	2.048,61	1.861,24	1.974,95
Toscana	1.082,33	978,17	1.061,65	1.040,72
Umbria	903,14	899,38	784,85	862,46
Marche	1.250,50	1.348,38	1.335,09	1.311,32
Lazio	347,51	358,43	402,08	369,34
Abruzzo	992,22	999,04	905,02	965,43
Molise	881,74	960,20	1.039,27	960,40
Campania	121,25	124,49	110,74	118,83
Puglia	401,44	383,40	438,85	407,90
Basilicata	300,83	351,66	267,06	306,52
Calabria	260,53	352,03	275,42	295,99
Sicilia	345,74	380,70	373,49	366,64
Sardegna	583,18	498,56	605,76	562,50
<b>Italia</b>	<b>1.387,99</b>	<b>1.417,86</b>	<b>1.396,01</b>	<b>1.400,62</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health For All-Italia. Giugno 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La quota di anziani istituzionalizzati dipende innanzitutto dall'offerta di posti letto in Presidi residenziali socio-assistenziali. In diverse regioni il sistema di offerta è giudicato tuttora carente rispetto ai bisogni della popolazione, con il rischio che vengano utilizzate forme di assistenza inappropriate, portando ad esempio ad un allungamento della degenza in strutture per acuti. Occorre, però, considerare che l'indicatore può essere influenzato anche da fattori culturali, legati alle caratteristiche dei nuclei familiari e più in generale dell'assetto sociale che circonda l'anziano, che possono portare ad una maggiore o

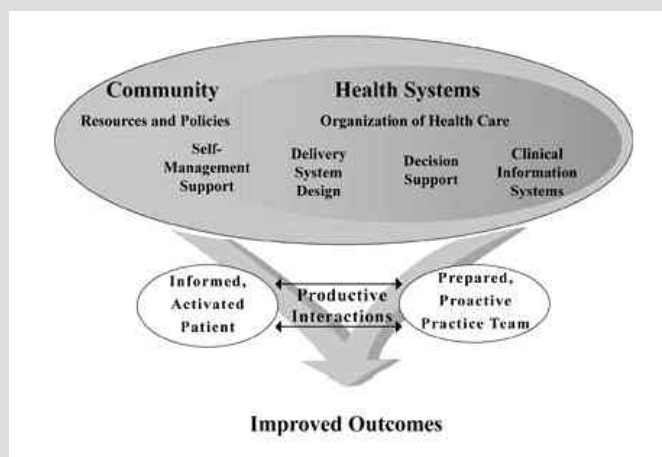
minore tendenza a ricorrere all'istituzionalizzazione. Infine, la presenza più o meno accentuata di forme alternative di assistenza può influenzare sensibilmente l'interpretazione dei dati. Sono, ad esempio, molte le regioni che esprimono, nell'ambito dei Piani Sanitari Regionali, l'orientamento verso un potenziamento dell'assistenza domiciliare. Al fine di acquisire elementi utili per la programmazione e per la valutazione delle politiche, occorrerebbe approfondire l'analisi della domanda espressa dalla popolazione, partendo dal livello di coerenza tra sistema di offerta e profilo di occupazione dei posti letto residenziali.

## Chronic Care Model: indicatori di processo sulla base dei Flussi Sanitari Correnti - regione Toscana

Dott. Paolo Francesconi, Prof. Gavino Maciocco

L'effetto combinato dell'aumento degli esiti cronici e invalidanti delle patologie cronicodegenerative e degli anziani nella popolazione sta determinando un'enorme crescita del carico di malattia dovuto alle condizioni croniche. D'altra parte, i servizi sanitari sono ancora prevalentemente orientati alla cura delle acuzie e la gestione delle cronicità sul territorio non appare del tutto coerente con le attuali evidenze scientifiche. Questi fatti richiedono di rafforzare e riorientare i servizi sanitari territoriali per renderli adeguati ai nuovi scenari epidemiologici. È necessario passare da una "medicina di attesa", più adatta per le cure durante le acuzie, a una "sanità di iniziativa" per la presa in carico della persona con cronicità. È questo uno dei grandi obiettivi del nuovo Piano Sanitario Regionale della Toscana, che a tal fine promuove l'adozione del *Chronic Care Model* (CCM, 1), un modello assistenziale incentrato su una produttiva interazione tra pazienti informati e attivi e *team* multi-professionali preparati e proattivi, da raggiungere assicurando l'adeguata organizzazione del Sistema Sanitario, la piena integrazione con le politiche e le risorse della comunità, il supporto all'auto-cura dei pazienti, l'appropriata organizzazione del sistema di erogazione dell'assistenza (*team* multiprofessionali, visite di follow-up programmate), il supporto alle decisioni (es. Linee Guida), i sistemi informativi (es. registri di patologia) (Figura 1).

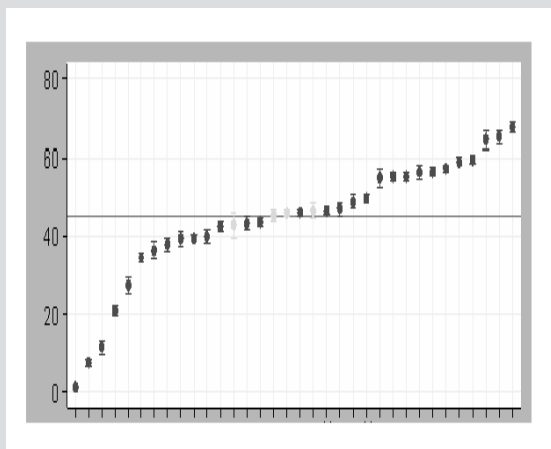
Figura 1 - Il Chronic Care Model



Fonte dei dati e anno di riferimento: [www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org).

Lo sviluppo di strumenti per misurare la qualità dell'assistenza è un elemento fondamentale di tutti i processi di miglioramento. È, pertanto, previsto che l'attivazione di questo modello assistenziale sia accompagnata da un adeguato sistema di monitoraggio e valutazione. La ricerca della qualità implica, tra l'altro, il coinvolgimento dei professionisti in processi di miglioramento finalizzati ad aumentare la coerenza, in regime di economia, dei servizi sanitari con le attuali conoscenze scientifiche e, di conseguenza, la probabilità di raggiungere i risultati di salute desiderati. Nel corso delle ultime decadi, si sono pertanto verificate numerose iniziative finalizzate allo sviluppo e all'applicazione di indicatori per la misurazione della qualità dell'assistenza sanitaria, in termini soprattutto di processo. Gli indicatori di processo trasformano i dati disponibili in informazioni utili a quantificare i livelli di adesione alle raccomandazioni delle Linee Guida che, usate retrospettivamente, fungono da criteri di valutazione. Tali indicatori hanno un ruolo nella promozione del miglioramento permettendo un confronto tra pari ed influenzando il processo decisionale a vari livelli: dall'ASL, al Distretto, al Medico di Famiglia (singolo o associato), fino al paziente che può accedere al proprio dato. L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS), sulla base dei dati dei Flussi Sanitari Correnti (FSC), gestisce da alcuni anni un portale di indicatori sulla qualità dell'assistenza agli anziani "ISA65+" (2) e sta collaborando con una rete di Regioni per la condivisione delle procedure di calcolo e il confronto di alcuni indicatori. Il portale include indicatori di processo dei servizi territoriali come, ad esempio, la percentuale di anziani in terapia per diabete che hanno eseguito almeno un esame dell'emoglobina glicata l'anno per distretto di residenza (Grafico 1).

**Grafico 1** - Percentuale di anziani in terapia per diabete che hanno eseguito almeno un esame dell'emoglobina glicata per zona-distretto di residenza - Toscana - Anno 2005



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Flussi Sanitari Correnti Regione Toscana. Anno 2005.

Partendo dal presupposto che l'attivazione del CCM debba determinare una più stretta adesione alle Linee Guida e sviluppando l'esperienza già maturata, l'ARS, in collaborazione con la competente Direzione Generale della Toscana e con il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze, sta definendo un *set* di indicatori di processo basati sui FSC e, in prospettiva, anche sulle banche dati ambulatoriali dei Medici di Famiglia, per il monitoraggio e la valutazione del nuovo modello assistenziale. Si tratta di individuare, tra i molti indicatori già definiti e validati a livello internazionale, gli indicatori di processo per le cure primarie delle malattie croniche calcolabili sulla base dei FSC e, quindi, tramite confronto con altre esperienze e condivisione con *panel* di professionisti locali, selezionare un set di indicatori appropriato e sostenibile. Ad oggi sono stati individuati 53 indicatori, relativi alle cure primarie del diabete, dello scompenso cardiaco, della BPCO e del TIA/ictus, calcolabili mediante i FSC disponibili in Toscana. Tra questi, sono stati preliminarmente selezionati i 17 indicatori riportati in Tabella 1.

**Tabella 1** - Set di indicatori calcolabili mediante i FSC disponibili in Toscana

#### Diabete (%)

1. screenati ultimi 3 anni (ultra 45enni)
2. screenati ultimo anno (card. isch. cron.)
3. emoglobina glicata ultimo anno
4. albuminuria ultimo anno
5. creatinina ultimo anno
6. esame fondo oculare ultimo anno
7. profilo lipidico ultimo anno

#### Scompenso Cardiaco (%)

1. in terapia con ACE inibitori
2. in terapia  $\beta$  bloccanti
3. monitoraggio elettroliti ultimo anno
4. monitoraggio lab ultimi 3 anni

#### BPCO (%)

1. in terapia con broncodilatatore
2. spirometria ultimo anno
3. ossigenoterapia

#### TIA/Ictus (%)

1. in terapia antiaggregante
2. colesterolo totale ultimo anno
3. ecg, lipidi e creatinina ultimi 3 anni



A condizione che i principali FSC (Schede Nosologiche, Schede di Prestazione Specialistica, Schede di Prestazione Farmaceutica e Registro Regionale di Mortalità) siano disponibili e consolidati è, quindi, possibile calcolare una serie di indicatori di processo potenzialmente utili al monitoraggio ed alla valutazione di interventi finalizzati al miglioramento della gestione delle condizioni croniche e disaggregabili fino al livello del singolo Medico di Famiglia, con eventuale trasmissione dell'informazione al singolo paziente. L'accesso alle banche dati ambulatoriali dei Medici di Famiglia potrà, in sinergia con i dati dei FSC, permettere un ulteriore sviluppo di tali set di indicatori.

**Sitografia**

- (1) [www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org).
- (2) [www.arsanita.toscana.it](http://www.arsanita.toscana.it).

## Medicina d'iniziativa, gestione delle malattie croniche e remunerazione dei Medici di Medicina Generale. Il caso "Quality and outcomes framework" del *National Health Service*

Dott. Paolo Francesconi, Prof. Gavino Maciocco

Nel 2004 il Servizio Sanitario Nazionale inglese ha introdotto un nuovo contratto con i Medici di Famiglia (*General Practitioners – GPs*). Il nuovo *General Medical Services contract* prevede, tra le varie innovazioni, una nuova modalità di remunerazione dei medici, che integra la tradizionale forma basata sulla quota capitolaria. Il nuovo sistema - "Quality and outcomes framework" - (che può arrivare a coprire un terzo del reddito complessivo dei GPs) si basa sulla identificazione di obiettivi clinici e organizzativi, con remunerazioni proporzionali al livello di raggiungimento di questi.

Gli obiettivi clinici rappresentano oltre il 65% dell'intero pacchetto di obiettivi (1.000 punti il massimo punteggio raggiungibile) e sono tutti riconducibili alla gestione "proattiva" delle malattie croniche da parte della *practice* (gruppo di medici associati, modalità obbligatoria per tutti i GPs a partire dal contratto del 2004).

Il numero delle malattie croniche inserite nel pacchetto degli obiettivi clinici si è notevolmente allargato a seguito di due revisioni avvenute nel 2006 e 2008 (1). Tale pacchetto nell'ultima versione è così composto: asma, fibrillazione atriale, cancro, broncopatia cronica ostruttiva, nefropatia cronica, demenza, depressione, diabete mellito, epilessia, scompenso cardiaco, ipertensione, ipotiroidismo, disturbi dell'apprendimento, salute mentale, obesità, cure palliative, prevenzione secondaria delle malattie coronariche, indicatori di fumo, ictus e attacchi ischemici transitori.

I criteri per la composizione del pacchetto sono stati:

- a) la responsabilità della gestione corrente di quella malattia ricade principalmente sul GP e sul *team* delle cure primarie;
- b) l'esistenza di prove che benefici nella salute per quelle patologie sono il risultato di un miglioramento delle cure primarie, particolarmente se ci sono Linee Guida nazionali accettate;
- c) le patologie sono percepite come una priorità.

Per ogni malattia/condizione sono stati identificati diversi indicatori, frutto di una negoziazione tra rappresentanti del Ministero della Sanità e dei GPs. I criteri per la scelta degli indicatori sono stati i seguenti:

- a) essere basati sulle migliori evidenze possibili;
- b) il loro numero, per ogni condizione clinica, deve essere tenuto al più basso livello possibile compatibilmente con l'accurata valutazione dell'assistenza al paziente;
- c) devono essere raccolti solo dati utili all'assistenza al paziente;
- d) deve essere evitata la ridondanza della raccolta delle informazioni per scopi diversi (es. i dati per l'*audit* devono provenire dalle informazioni correnti).

### Un esempio: il diabete

Il diabete è la patologia con il più elevato numero di indicatori (12) e con il più elevato punteggio conseguibile (75).

Gli indicatori si distinguono in due categorie: a) *Records*, ovvero la costruzione del registro di patologia, in cui vengono arruolati tutti i pazienti al di sopra dei 17 anni con diabete di tipo 1 e 2. La presenza del registro di patologia viene ricompensata con 6 punti (ma è anche - come per tutte le altre patologie - la condizione indispensabile per poter misurare il raggiungimento di altri obiettivi); b) *Ongoing management*, ovvero la gestione corrente dei pazienti che viene monitorizzata e valutata attraverso vari indicatori, quali ad esempio:

- la percentuale di pazienti con diabete di cui è stato registrato il BMI negli ultimi 15 mesi;
- la percentuale di pazienti con diabete di cui è nota l'HbA1c negli ultimi 15 mesi;
- la percentuale di pazienti con diabete di cui l'ultimo esame HbA1c è risultato pari o inferiore a 7.5 negli ultimi 15 mesi;
- la percentuale di pazienti con diabete che hanno avuto lo screening retinico negli ultimi 15 mesi;
- la percentuale di pazienti con diabete in cui l'ultima misurazione della pressione arteriosa è stata 145/85 o meno.

Ad ogni indicatore è attribuito un punteggio massimo, che per l'ultimo indicatore citato (pressione arteriosa) è di 18 punti: se si ottengono tutti i 18 punti, il 60% e più dei pazienti diabetici rientra in quel valore; non si ottiene nessun punteggio se si va al di sotto del 40%; si ottengono punteggi intermedi con il raggiungimento di valori intermedi (la copertura del 50% dei pazienti comporterà il conseguimento di 9 punti).

I dati riguardanti il periodo 2006-2007 mostrano un elevatissimo livello nel raggiungimento degli obiettivi: le 8.372 *practice* hanno conseguito mediamente 954,5 punti su 1.000 (punteggio totale) e sugli obiettivi clinici 630,7 sui 655 disponibili (2).

Il nuovo contratto dei GPs introdotto nel 2004 ha prodotto varie conseguenze. La più eclatante è l'incremento della remunerazione dei medici a fronte del (non previsto) raggiungimento dei massimi obiettivi: dal 2003 al 2006 il reddito dei GPs è cresciuto mediamente del 58% (da 73 mila sterline a 114 mila sterline all'anno). Altro effetto è stato quello di frenare l'emorragia dei GPs dal sistema sanitario e di invertire la tendenza con un + 15% di nuovi ingressi. Sull'impatto del nuovo contratto sull'effettiva qualità dell'assistenza si osservano pareri diversi: a) la relazione di una commissione parlamentare rileva un calo della produttività dei GPs, -2,5% (ingiustificabile alla luce del forte incremento della remunerazione) (3); b) un recente articolo di Lancet sostiene che la medicina di iniziativa applicata alle malattie croniche ha prodotto una maggiore attenzione da parte dei GPs nei confronti delle fasce più povere della popolazione e ha determinato una riduzione delle disegualianze nell'utilizzazione e nella qualità dei servizi (4).

#### Riferimenti bibliografici

(1) <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/qof06~summclinical>.

(2) NHS, National Statistics, National Quality and Outcomes Framework, Statistics for England 2006-2007.

(3) Kmietowicz Z, Contract for GPs in England "failed to live up to expectations", say MPs, BMJ 2008; 337: a2025.

(4) Doran T. et al, Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework, Lancet 2008; 372: 728-36.

