

## **L'assistenza territoriale**

***A cura di Gianfranco Damiani***

*Con la collaborazione di Luigi Pinnarelli, Cinzia Marano, Federica Trani,  
Eliana Ferroni*

L'assistenza territoriale comprende attività e prestazioni di educazione sanitaria, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento. L'offerta di tali servizi si colloca all'esterno degli ospedali per acuti ed interessa singoli professionisti e strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali. L'assistenza territoriale ha valenza preventiva, o rappresenta l'alternativa alla ospedalizzazione per il trattamento di bisogni di salute che richiedono un'offerta sanitaria di primo livello tecnologico e specialistico. Essa garantisce la continuità assistenziale sia per la gestione dei pazienti dimessi dagli ospedali nelle fasi post acuzie, che nel trattamento della cronicità. Nella assistenza territoriale si svolgono le azioni per l'integrazione tra il livello sanitario primario ed i livelli superiori e quelle per l'integrazione socio-sanitaria. Il legislatore, nel DPCM 29/11/2001 ha sottolineato l'importanza di tali interventi rappresentati all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza e tanto il Piano Sanitario Nazionale 2003/2005 che le linee di Programmazione Sanitaria in vigore nelle diverse regioni sottolineano la valenza strategica esercitata dalla assistenza territoriale. Esiste però una distanza tra le finalità dichiarate e l'attuazione delle politiche sanitarie di assistenza primaria. Il retaggio di una cultura sanitaria ospedalocentrica e non fisiologicamente orientata all'integrazione dei servizi sulla persona, lo sviluppo ancora non consolidato di modelli organizzativi e tecnici in una rete complessa di relazioni, la scarsa disponibilità di risorse, rappresentano i principali motivi del lento sviluppo dell'assistenza primaria nel territorio. Tale arretratezza si sconta anche a livello di Sistemi Informativi dove la parzialità delle fonti sovra-aziendali è particolarmente rilevante. Di qui la scelta di inserire in questo capitolo alcuni indicatori di struttura, processo ed esito, non sicuramente esaustivi e privi di criticità, ma comunque in grado di condurre il lettore ad un iniziale approccio quantitativo ai fenomeni indagati. Questi indicatori riguardano i seguenti livelli di analisi:

Programmi di screening del tumore della mammella, espressione di offerta sovra-aziendale in risposta a bisogni che riguardano una delle principali cause di mortalità evitabile nella popolazione femminile. Dimensionamento strutturale di Distretti e servizi di I livello, di accessibile e adeguato riscontro informativo, (Consultori Materno-Infantili, Sert<sup>1</sup> ADI).

Acute e Chronic Care Management, intesi come gestione di quelle patologie, rispettivamente acute e croniche, la cui frequenza nei ricoveri ospedalieri può indicare un'ineadeguata funzionalità della rete dei servizi territoriali nel trattamento preventivo, una carenza di alternativa di intervento al ricovero ospedaliero, o una discontinuità assistenziale nelle fasi di cronicità della patologia. Tale capitolo rappresenta un contributo metodologico allo sviluppo del sistema di monitoraggio dell'offerta di assistenza, più che una risposta definitiva, per partecipare con gli addetti ai lavori al confronto sui contenuti del tema, alla loro valorizzazione scientifica ed applicazione nelle logiche di programmazione.

<sup>1</sup> Capitolo «La salute in età infantile e giovanile».

### Numero di distretti per 100.000 residenti

**Significato.** Questo indicatore è dato dal numero di distretti presenti sul territorio regionale per 100.000 residenti e fornisce una informazione strutturale sul potenziale di offerta di servizi sanitari e socio-sanitari di base a livello territoriale.

L'indicatore permette di valutare l'adeguatezza strutturale dell'offerta regionale di distretti, intesi come gli organismi funzionali delle ASL per il governo della domanda, per l'erogazione dei servizi sanitari di primo livello e per l'integrazione sanitaria e socio sanitaria.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di distretti}}{\text{Numero di residenti della regione}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** Il numero di distretti utilizzato per il calcolo dell'indicatore è un valore riferito a Maggio 2003, ed è attualmente in evoluzione, in seguito al processo di riorganizzazione delle ASL in corso nelle varie regioni.

**Benchmark.** Il benchmark utilizzabile per questo parametro, approssimando il numero di abitanti al numero di residenti, può essere derivato dalle indicazioni generali che ogni regione ha stabilito, nell'ottica dell'attuazione del D.lgs. 229/99, come presentato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR). La tabella A riassume le indicazioni generali ed il numero di distretti previsto per ogni gruppo di regioni.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Anno 2003.

<i>Tabella A</i>		
Criteri generali (1 distretto per N abitanti)		
Numero di abitanti	Regioni	Numero di distretti previsto
100.000 - 60.000 ab.	Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna, Puglia.	1,66 - 1
60.000ab	Piemonte, Veneto, Liguria, Toscana, Calabria, Basilicata, Sicilia, Sardegna, Campania	1,66
60.000 - 30.000ab	Friuli-Venezia Giulia, Umbria	3,33 - 1,66
30.000 - 15.000ab	Bolzano, Marche, Molise	6,66 - 3,33
criteri specifici	Valle d'Aosta, Trento, Abruzzo	/

#### **Descrizione dei Risultati**

Nella stima del numero di distretti previsti per 100.000 residenti sono stati utilizzati i criteri generali stabiliti dalle regioni e la popolazione prevista dall'ISTAT per il 2003, attraverso il modello della ipotesi centrale. L'ipotesi centrale costituisce la previsione alla quale si attribuisce il maggior grado di affidabilità, in quanto per ogni componente si è considerato l'andamento futuro più probabile.

Le previsioni considerano le seguenti componenti demografiche: fecondità, mortalità, migrazioni interne e con l'estero.

## Numero di distretti nel territorio regionale

Regione	Numero di distretti per 100.000 residenti	Numero di distretti
Abruzzo	5,68	873
Molise	3,99	813
Trentino-Alto Adige	3,46	833
Valle d'Aosta	3,29	884
Marche	2,43	836
Campania	1,97	114
Basilicata	1,82	811
Puglia	1,76	872
Friuli-Venezia Giulia	1,68	820
Calabria	1,57	832
<b>ITALIA</b>	<b>1,49</b>	<b>869</b>
Piemonte	1,47	863
Toscana	1,46	852
Sardegna	1,46	824
Umbria	1,42	812
Veneto	1,31	860
Liguria	1,25	820
Sicilia	1,22	862
Emilia-Romagna	1,14	846
Lombardia	1,13	104
Lazio	0,96	851

È possibile evidenziare come tra le regioni che ritenevano necessario un distretto ogni 100.000 - 60.000 abitanti (numero di distretti previsto per 100.000 residenti compreso tra 1,66 e 1), il Lazio (0,96) e la Puglia (1,76) hanno un numero di distretti per 100.000 residenti, rispettivamente inferiore e superiore ai valori previsti.

Tra le regioni con un numero previsto di distretti pari a 1 ogni 60.000 abitanti (numero di distretti previsto per 100.000 uguale a 1,66), solo la Campania e la Basilicata hanno raggiunto la densità prevista di distretti, mentre le altre 7 regioni sono al di sotto dello standard previsto. I risultati per le due regioni con numero di distretti di 1 ogni 60.000 - 30.000 abitanti (numero di distretti previsto per 100.000 residenti compreso tra 3,33 e 1,66), mostrano che i valori del Friuli Venezia Giulia rientrano nel limite inferiore previsto ed i valori dell'Umbria sono al di sotto di quelli previsti. Analizzando i risultati delle regioni che prevedevano 1 distretto ogni 30.000 - 15.000 abitanti (numero di distretti previsto per 100.000 residenti compreso tra 6,66 e 3,33) risulta che il Molise rientra nei valori previsti, mentre le Marche sono al di sotto della soglia prevista. La definizione analitica della fonte informativa non ha consentito di valutare la situazione della Provincia Autonoma di Bolzano. Le regioni che fanno parte del gruppo definito da criteri specifici, non sono valutabili a causa dell'eterogeneità del raggruppamento. Il numero di distretti per abitanti, come stabilito dalle varie regioni, può essere analizzato in funzione di un indice di concentrazione della popolazione (Indice di Gini), allo scopo di valutare la concentrazione demografica regionale nei comuni. Questo indice può assumere valori da 0 (perfetta equidistribuzione della popolazione sui comuni della regione)

ad 1 (ipotetica presenza di un solo comune che raccoglie tutta la popolazione regionale). È possibile utilizzare l'indice di Gini per verificare se le regioni che si sono attribuite un numero di distretti per abitante simile, hanno una concentrazione demografica sovrapponibile. A parità di bacino di utenza, una adeguata accessibilità dei servizi territoriali in una regione con la popolazione dispersa sul territorio (Indice di Gini che tende a 0), richiede una maggiore articolazione del numero di distretti, rispetto ad una regione con popolazione concentrata sul territorio (Indice di Gini che tende ad 1). Le differenze dell'Indice di Gini tra le regioni appartenenti allo stesso gruppo sono state analizzate per mezzo di un Test del Chi Quadrato. Il gruppo di regioni con indicazione di 1 distretto ogni 100.000/60.000 abitanti presentava differenze statisticamente significative ( $p = 0,0002$ ), così come il gruppo di regioni con indicazione di 1 distretto ogni 60.000 abitanti, indicando un non omogeneo raggruppamento delle regioni in queste classi, in base al loro indice di concentrazione demografica.

Numero di distretti per 100.000 residenti



#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il PSN 2003/05 prevede la promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari. Sarebbe opportuno, per le regioni nelle quali è stato rilevato un numero di distretti diverso da quello previsto, raggiungere, nel triennio 2003/05 un corretto dimensionamento degli ambiti distrettuali, attraverso il rispetto delle indicazioni rappresentate nella programmazione regionale. Contestualmente, potrebbe essere utile verificare l'adeguatezza del numero di strutture distrettuali presenti, in funzione di una serie di criteri demografici, come l'Indice di Gini proposto. Un altro aspetto importante di cui la programmazione regionale potrebbe tener conto, è la corrispondenza del dimensionamento del bacino di utenza dell'ambito territoriale (zona sociale) con quello dell'area distrettuale (zona sanitaria), per facilitare l'integrazione dei servizi socio-sanitari. Queste indicazioni sono da integrare con ulteriori considerazioni su criteri geografici ed urbanistici, differenti per ogni singola regione.

### Percentuale di ASL che hanno sviluppato attività di assistenza domiciliare integrata

**Significato.** L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è un insieme di interventi di assistenza primaria che consentono di assicurare al domicilio del paziente servizi e/o prestazioni:

- di medicina generale
- di medicina specialistica
- infermieristiche domiciliari e di riabilitazione
- di aiuto domestico da parte di familiari o del servizio competente
- di assistenza sociale

Le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, interventi vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere. Per valutare quantitativamente la percentuale di ASL che nel territorio regionale hanno sviluppato l'attività di assistenza domiciliare integrata è stato costruito il seguente indicatore che considera il numero di ASL sul territorio che hanno sviluppato questa attività.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero ASL con attivazione ADI}}{\text{Numero ASL della regione}} \times 100$$

**Validità e limiti.** La percentuale di ASL che hanno sviluppato attività di assistenza domiciliare integrata fornisce indicazione sul potenziale di offerta di tali servizi nel territorio. L'indicatore non fornisce informazioni specifiche in merito al numero di programmi domiciliari per tipologie cliniche di destinatari dell'intervento e riguardo alle dimensioni del bacino di utenza. Un altro limite è l'impossibilità di definire le diverse modalità di erogazione, direttamente dalla ASL o da un servizio esternalizzato. Di conseguenza anche nelle regioni in cui è presente il 100 % di ASL con attività ADI, non è possibile valutare completamente l'adeguatezza del dimensionamento dell'offerta. Il confronto regionale sull'attivazione dell'ADI nelle ASL rappresenta, in ogni caso, un primo parametro quantitativo per caratterizzare l'impegno delle regioni nell'attivazione dei programmi di assistenza domiciliare.

**Benchmark.** Il valore di 0 indica una totale inerzia della regione nell'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare e rappresenta un valore assolutamente indesiderabile. Non è possibile utilizzare una scala di valori come parametro di valutazione dell'adeguatezza del dimensionamento strutturale, dati i limiti dell'indicatore precedentemente esplicitati.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT - Health for all Italia. Anno 2000.

## Percentuale di ASL che hanno sviluppato Assistenza Domiciliare Integrata sul territorio

Piemonte	100
Valle d'Aosta	100
Lombardia	100
Trentini A.A.	100
Friuli V.G.	100
Marche	100
Molise	100
Basilicata	100
Veneto	95
Toscana	92
Lazio	92
Puglia	92
<b>ITALIA</b>	<b>90</b>
Sicilia	89
Emilia R.	85
Liguria	80
Campania	77
Umbria	75
Sardegna	75
Calabria	73
Abruzzo	50

**Descrizione dei Risultati**

La percentuale di ASL italiane che hanno sviluppato ADI è pari al 90%. Il Piemonte, la Valle d'Aosta, la Lombardia, il Trentino Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia, le Marche, il Molise e la Basilicata hanno attivato nel 100% delle ASL l'assistenza domiciliare integrata. Per le altre regioni è presente una notevole variabilità nel dato. La regione con una più bassa percentuale è l'Abruzzo, con il 50% di attivazione di ADI nelle ASL del proprio territorio.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Tutte le regioni potrebbero sviluppare al meglio i servizi di assistenza domiciliare integrata, attraverso un processo di riordino che garantisca un elevato livello di coordinamento dei diversi servizi sociali e sanitari e realizzare percorsi assistenziali integrati secondo le indicazioni del PSN 2003-2005. Tale obiettivo può essere ottenuto attraverso il riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative tra l'ospedale e il territorio. Parallelamente nell'arco del triennio 2003-2005, le regioni, secondo linee di coordinamento comuni e condivise, potrebbero contribuire a costruire ed alimentare un sistema informativo in grado di caratterizzare le linee di intervento per l'ADI, la dimensione dei bacini di utenza dei destinatari e le caratteristiche degli erogatori.

### Numero di Consulteri Materno-Infantili per 100.000 abitanti

**Significato.** Questo indicatore quantifica il numero di consultori materno-infantili ogni 100.000 abitanti, ed esprime la potenzialità di offerta strutturata di servizi materno infantili sul territorio per una popolazione di riferimento.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di consultori materno infantili}}{\text{Numero di abitanti della regione}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** L'indicatore permette di valutare se il numero di Consulteri Materno Infantili presenti nel territorio regionale è adeguato alla popolazione, in relazione al benchmark definito dal legislatore (1 x 20.000 abitanti). Il limite principale del benchmark legislativo è la sua mancanza di relazione con le donne in età fertile (età compresa tra i 15 ed i 49 anni), che rappresentano la principale popolazione fruitrice di questo servizio.

**Benchmark.** Il legislatore (Decreto Presidente Consiglio dei Ministri - DPCM 29.11.2001 Livelli Essenziali di Assistenza) ha individuato l'ambito delle garanzie offerte dal Servizio Sanitario Nazionale. All'interno della parte che esplicita il livello di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, tra le modalità organizzative e standard, riferiti all'assistenza alle donne ed ai minori, è riportato come standard il valore di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti, come da legge 34/96.

#### Descrizione dei Risultati

Il numero di consultori materno-infantili (CMI) per 100.000 abitanti per ogni regione è stato confrontato con il valore previsto dalla normativa. È stato calcolato l'Intervallo di Confidenza al 95% (IC95%) del rapporto tra consultori presenti e consultori previsti dalla normativa. Le regioni con valori di I.C. 95% che non comprendono 1 hanno un numero di consultori per 100.000 residenti significativamente diverso dallo standard legislativo, sia in eccesso che in difetto.

La media nazionale risulta pari a 5,4 ( 95% CI 3,4 – 7,4 ) con una notevole variabilità tra le regioni. Nella tabella sono evidenziate con asterisco le regioni che presentano un numero di consultori significativamente diverso dallo standard previsto. La regione con il più alto numero di consultori è la Valle d'Aosta (numero di CMI x 100.000 abitanti = 20,8), con un numero di 25 consultori presenti nel territorio regionale in luogo dei 6 previsti dal tasso indicato dalla normativa. La regione con il numero di consultori più basso è il Molise (numero di CMI x 100.000 abitanti = 0,9) con un numero di consultori pari a 3, mentre il numero previsto dalle indicazioni della legge 34/96 è di 16.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Health for All Italia. Anno 2000.

Numero di Consulteri Materno-Infantili (CMI) presenti nella regione

Regione	Numero di CMI per 100.000 abitanti	CMI presenti	CMI previsti dalla normativa	I.C. 95% presenti / previsti
Valle d'Aosta *	20,8	25	6	2,81 - 6,15
Umbria *	8,1	68	42	1,28 - 2,06
Toscana *	7,8	275	177	1,26 - 1,79
Trentino-Alto Adige *	7,6	71	47	1,39 - 1,76
Veneto *	7,6	346	226	1,21 - 1,92
Liguria *	7,5	122	81	1,37 - 1,69
Piemonte*	6,2	264	214	1,10 - 1,40
Emilia-Romagna	5,2	207	200	0,91 - 1,19
Sardegna	4,4	72	82	0,70 - 1,11
Basilicata	4,0	24	30	0,54 - 1,19
Lombardia *	3,9	354	455	0,70 - 0,87
Lazio *	3,8	203	264	0,66 - 0,87
Puglia *	3,5	142	204	0,59 - 0,79
Sicilia *	3,4	172	254	0,59 - 0,82
Abruzzo *	3,2	41	64	0,47 - 0,87
Friuli-Venezia Giulia *	3,0	36	59	0,43 - 0,83
Campania *	2,7	157	289	0,38 - 0,71
Marche *	2,6	38	73	0,46 - 0,63
Calabria *	2,1	43	102	0,31 - 0,57
Molise *	0,9	3	16	0,06 - 0,56
<b>ITALIA</b>	<b>5,4</b>			

L'asterisco indica le regioni che hanno un numero di consultori significativamente differente dallo standard previsto

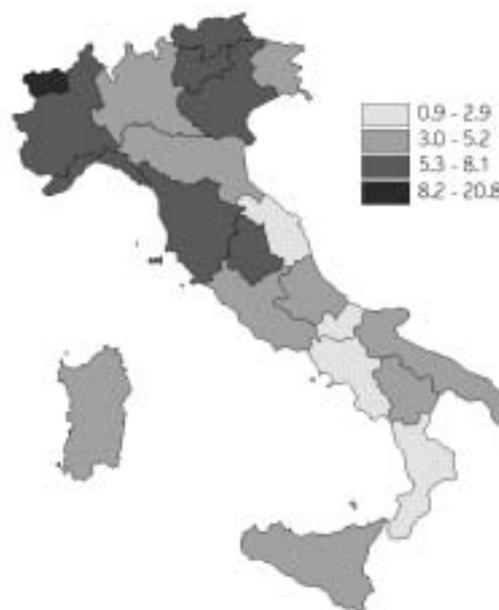
È stata studiata la relazione tra il numero di consultori materno-infantili ed il numero di donne in età fertile presenti nella regione. Dal momento che la distribuzione dei dati non risulta normale, è stato utilizzato il Test di Spearman per valutare la relazione. Dall'analisi dei dati delle regioni italiane risulta una correlazione lineare tra il numero di donne fertili ed il numero di consultori presenti nella regione (Coefficiente di Correlazione 0,85  $p < 0,000$ ). Questo risultato, che tende ad 1 (correlazione positiva tra il numero di consultori nelle regioni ed la numerosità delle donne in età fertile), indica che quanto maggiore è il numero di donne in età fertile nelle regioni, tanto più sono presenti consultori materno-infantili. L'ordine delle regioni non si modifica, anche rivedendo i risultati in base al numero di consultori materno-infantili per donne in età fertile. La Valle d'Aosta rimane la regione con il numero di consultori materno-infantili più alto.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Nelle regioni italiane è presente un dimensionamento dei consultori materno-infantili correlabile al potenziale bacino di utenza (donne in età fertile). In alcune regioni il numero di consultori materno-infantile non raggiunge lo standard legislativo, anche rivedendo i valori in funzione dei principali utenti (donne in età fertile).

Le regioni con un numero di Consultori Materno-Infantili per 100.000 abitanti staticamente inferiore al benchmark potrebbero utilizzare il triennio 2003/2005, previsto dall'ultimo Piano Sanitario Nazionale, per sviluppare le linee del Progetto Obiettivo Materno-Infantile del PSN 1998-2000 (richiamato dal PSN 2003-2005) tra le quali il raggiungimento del dimensionamento adeguato dei consultori Materno-Infantili (1 per 20.000 abitanti).

Numero di Consultori materno-infantili per 100.000 abitanti



### Tasso di ricoveri per infezione delle vie urinarie

**Significato.** La misura dei risultati dell'assistenza territoriale può essere quantificata utilizzando indicatori che riflettano il livello di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per condizioni acute. Si intende per condizione acuta una patologia che insorge improvvisamente, ha decorso breve ed i cui sintomi possono evolvere all'improvviso. Alcune patologie acute potrebbero essere prevenute o almeno in parte curate a livello di assistenza primaria. Le infezioni delle vie urinarie sono patologie a carico del tratto urinario di origine microbica, che possono essere trattate a livello di assistenza medica di base od in ambito ambulatoriale. La mancanza di un adeguato trattamento in regime di assistenza primaria può portare alla necessità di una ospedalizzazione del paziente, potenzialmente evitabile.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di ricoveri per infezione delle vie urinarie}}{\text{Numero di residenti della regione}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** Un limite dei dati riguarda il numero di casi di infezioni delle vie urinarie presenti nell'analisi, che a causa dell'impossibilità di ottenere dati sufficientemente scorporati dalle fonti informative indagate, comprende anche i ricoveri dei gruppi MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio) ed MDC 15 (malattie e disturbi del periodo neonatale). Questo determina una sovrastima del fenomeno, rispetto a quanto misurato dal tasso utilizzato dall'Agency for Healthcare Research and Quality. Un'altra possibile fonte di bias è la mancanza di dati sui ricoveri per infezioni delle vie urinarie, stratificati per età e sesso, che rende inattuabile l'utilizzo di metodi di risk-adjustment. Un limite dell'indicatore è rappresentato dalla mancanza di informazioni sulla mobilità passiva (ricovero di pazienti residenti nella regione in strutture extra-regionali).

La diversa incidenza di casi di infezioni urinarie nelle regioni potrebbe influenzare il valore del tasso di ricoveri per infezioni del tratto urinario, determinando un possibile errore. Nonostante questi limiti, tale indicatore rappresenta tuttavia un primo livello quantitativo di determinazione del risultato dell'assistenza territoriale. Inoltre questo indicatore, anche se esprime solo una delle componenti per la valutazione del risultato dell'assistenza primaria, è comunque utile se inserito in un set di indicatori di struttura, processo e risultato, che caratterizzi la valutazione dell'assistenza territoriale.

**Benchmark.** Dal momento che non è possibile stabilire a priori un tasso da utilizzare come riferimento, lo standard operativo può essere derivato dal valore medio nazionale (95,0) del tasso di ricoveri per infezioni del tratto urinario.

#### Descrizione dei Risultati

Il tasso di ricovero per infezione delle vie urinarie presenta una notevole variabilità nelle diverse regioni italiane. Tali valori sono stati confrontati con la media nazionale che risulta pari a 95,0 (Intervallo di Confidenza al 95%: 84,0 – 106,7) ricoveri per infezioni del tratto urinario, calcolando gli intervalli di confidenza per i tassi regionali. Le regioni che presentano intervalli di confidenza che non si sovrappongono all'intervallo di confidenza del tasso nazionale risultano significativamente diverse, in eccesso od in difetto dal dato medio nazionale. Nelle tabella sono elencate le regioni con il rispettivo tasso di ricovero per infezione delle vie urinarie, ordinate per tassi crescenti, con il relativo Intervallo di Confidenza al 95%. Sono evidenziate con un asterisco le regioni con tassi differenti in maniera statisticamente significativa rispetto al tasso italiano. La regione con il tasso più basso di ricoveri è il Piemonte (54,1 per 100.000 abitanti). Il Molise è la regione che presenta il valore più alto (148 ricoveri per 100.000 abitanti).

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Ministero della Salute - Banca dati SDO. Anno 2001.

Tasso di ricovero per infezione delle vie urinarie nelle regioni italiane

Regione	Tasso per 100.000	Intervallo di Confidenza al 95%
Piemonte *	54,1	51,92 - 56,32
P.A. Trento *	66,4	59,10 - 73,74
Campania *	67,9	65,78 - 70,03
Lombardia *	76,5	74,71 - 78,30
Liguria *	76,6	72,37 - 80,88
Friuli -V.G. *	77,3	72,26 - 82,26
Toscana *	80,5	77,59 - 83,50
Lazio *	80,8	78,42 - 83,26
Sardegna	87,3	82,77 - 91,78
Umbria	88,9	82,52 - 95,28
Valle d'Aosta	90,5	73,50 - 107,46
Veneto	90,8	88,05 - 93,60
<b>ITALIA</b>	<b>95,0</b>	<b>84,00 - 106,70</b>
Emilia-Romagna	99,4	96,36 - 102,54
Sicilia	101,6	98,84 - 104,38
Marche	104,8	99,60 - 110,08
Basilicata	108,0	99,74 - 116,28
Calabria	108,8	104,28 - 113,32
Abruzzo *	120,4	114,45 - 126,46
Puglia *	131,0	127,53 - 134,54
P.A. Bolzano *	134,9	124,38 - 145,51
Molise *	148,0	134,89 - 161,22

L'asterisco indica le regioni con un tasso di ricovero per infezioni delle vie urinarie significativamente differente dal tasso medio nazionale 95,0%

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Per le regioni che presentano tassi statisticamente superiori al valore nazionale (Abruzzo, Puglia, P.A. Bolzano e Molise), che sono anche quelle con i valori più elevati, si suggerisce nel triennio 2003/2005, di ricondurre i valori ad un livello minore o uguale al valore della media nazionale (95,0 per 100.000 abitanti). Si propone, in linea con il PSN 2003-2005, di sviluppare la rete dei servizi territoriali anche per prevenire e trattare patologie acute a basso impegno tecnologico e specialistico, attraverso l'intervento dell'attività ambulatoriale e della medicina di base, al fine di ridurre il numero di ricoveri ospedalieri impropri. Per ottenere una migliore accuratezza nella valutazione del risultato dell'assistenza territoriale, sarebbe opportuno prevedere una migliore calibrazione dell'indicatore ed il suo utilizzo in un set di altri indicatori di qualità dell'assistenza primaria.



### Tasso di ricoveri per diabete scompensato

**Significato.** Una patologia cronica è caratterizzata da una durata persistente nel lungo periodo, con sintomi che non si risolvono facilmente o rapidamente. Il diabete è una patologia cronica a carico del metabolismo del glucosio, dovuta alla produzione o utilizzazione inadeguata di insulina. La gestione a lungo termine della patologia può essere realizzata grazie ad una appropriata assistenza territoriale, che riesce a fornire al paziente le informazioni ed i mezzi per un idoneo controllo metabolico. Una gestione non adeguata del diabete facilita la genesi di complicanze e del quadro di diabete scompensato (insufficiente regolazione insulinica della glicemia), rendendo necessaria l'ospedalizzazione del paziente. La misura del risultato dell'assistenza territoriale per le patologie croniche può essere quantificata utilizzando indicatori che riflettano il livello di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per le complicanze della patologia stessa che, come nel caso del diabete, si possono gestire efficacemente e/o almeno in parte trattare a livello di assistenza primaria.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di ricoveri per diabete scompensato}}{\text{Numero di residenti della regione}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** L'indicatore di riferimento, presentato dall'Agency for Healthcare Research and Quality, è costruito come numero di ricoveri per diabete scompensato in persone di età superiore a 18 anni, escluso MDC 14 e MDC 15, in rapporto alla popolazione di età superiore a 18 anni. La mancanza di accessibilità ai dati sui ricoveri per diabete scompensato nelle classi di età inferiore a 18 anni, ha reso impossibile eliminare questi ricoveri dalla quota rappresentata al numeratore; pertanto anche al denominatore è stata utilizzata la popolazione totale al posto della popolazione di età superiore a 18 anni. Un limite dei dati riguarda il numero di casi di diabete scompensato nell'analisi che, a causa dell'impossibilità di ottenere dati sufficientemente scorporati dalle fonti informative indagate, comprende anche i ricoveri dei gruppi MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio) ed MDC 15 (malattie e disturbi del periodo neonatale), determinando una sovrastima del fenomeno. Per questi motivi, si è deciso di utilizzare l'indicatore presentato in conclusione del paragrafo precedente. Ulteriore limite dell'indicatore, deriva dalla impossibilità di applicare metodi di risk-adjustment a causa della mancanza di dati sui ricoveri per diabete scompensato, stratificati per età e sesso. L'indicatore non fornisce informazioni sulla mobilità passiva (ricovero di pazienti residenti nella regione in strutture extra-regionali). Inoltre potrebbe essere presente un bias derivante da una diversa prevalenza della malattia nelle varie regioni. Il tasso di ricovero per diabete scompensato fornisce, comunque, una misura quantitativa indiretta del risultato di assistenza territoriale di interesse.

**Benchmark.** Dal momento che non è possibile stabilire a priori un tasso da utilizzare come riferimento, per questo indicatore è stato utilizzato uno standard operativo derivabile dal tasso nazionale di ricoveri per diabete scompensato (28,6 per centomila).

#### Descrizione dei Risultati

Per il tasso di ricovero per diabete scompensato il valore nazionale è pari a 28,6 (Intervallo di Confidenza al 95%: 22,1 - 35,1). Sono stati calcolati gli intervalli di confidenza al 95% per i tassi di ogni regione e sono stati confrontati con il tasso italiano. In tabella sono stati evidenziati in corsivo le regioni che presentano intervalli di confidenza che non si sovrappongono a quello del tasso italiano, e di conseguenza risultano significativamente diverse. La regione con il tasso più basso è il Molise che presenta 6,7 ricoveri per diabete scompensato per 100.000 abitanti. Piemonte, Emilia-Romagna, Calabria, Abruzzo, Liguria, Umbria e Valle d'Aosta presentano un tasso di ricovero per diabete scompensato che non si discosta in maniera statisticamente significativa dalla media nazionale.

**Fonte dei dati e anni di riferimento.** Ministero della Salute - Banca dati SDO. Anno 2001.

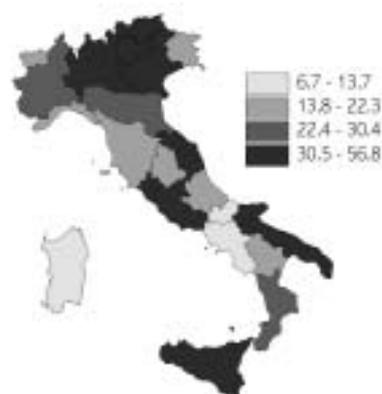
Tasso di ricovero per 100.000 abitanti per diabete scompensato nelle regioni italiane

Regione	Tasso per 100.000	Intervallo di Confidenza al 95%
Molise *	6,7	3,6 - 9,8
Campania *	8,0	7,2 - 8,9
Sardegna *	13,7	11,7 - 15,7
Valle d'Aosta	15,8	8,1 - 23,5
Friuli V.G.*	16,0	13,5 - 18,4
Basilicata *	17,7	14,0 - 21,4
Toscana *	19,3	17,8 - 20,9
Umbria	19,6	16,4 - 22,9
Liguria	21,5	19,1 - 23,9
Abruzzo	22,3	19,5 - 25,2
Calabria	25,3	22,8 - 27,8
<b>ITALIA</b>	<b>28,6</b>	<b>22,1 - 35,1</b>
Emilia-Romagna	29,1	27,3 - 30,9
Piemonte	30,4	28,6 - 32,2
Lazio *	38,0	36,2 - 39,9
P.A. Bolzano *	41,7	35,2 - 48,3
Sicilia *	41,7	39,7 - 43,7
P.A. Trento *	42,7	36,2 - 49,1
Veneto *	42,8	40,7 - 44,8
Puglia *	45,8	43,5 - 48,1
Lombardia *	46,1	44,5 - 47,6
Marche *	56,8	52,6 - 61,0

Le regioni indicate con asterisco hanno un tasso di ricovero per diabete scompensato significativamente differente dal valore di riferimento

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Le malattie metaboliche sono in progressivo aumento, anche in rapporto all'aumento della vita media della popolazione e rappresentano una delle cause primaria di morbosità nel nostro Paese. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha posto come obiettivo per l'anno 2020 la riduzione di un terzo dell'incidenza delle complicanze legate al diabete. Sarebbe opportuno ridurre i tassi di ospedalizzazione per diabete scompensato ad un livello minore o uguale al tasso nazionale (36,4 per 100.000 abitanti), mediante l'attivazione di adeguati programmi di prevenzione e di trattamento diagnostico/terapeutico nelle fasi non complicate. È necessario lo sviluppo di attività di assistenza territoriali che garantiscano una continuità assistenziale, tale da ridurre le complicanze che conducono all'ospedalizzazione del paziente diabetico. In linea con il PSN 2003-2005, sarebbe opportuno prevedere anche strategie per migliorare la qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria. Una migliore calibrazione dell'indicatore ed il suo utilizzo in un set di altri indicatori di qualità dell'assistenza territoriale possono fornire una valutazione più accurata dei risultati.



### Indice corretto di partecipazione a programmi organizzati di screening mammografico

**Significato.** Un programma di screening mammografico è un intervento sanitario, attuato su una popolazione apparentemente sana, che ha lo scopo di individuare soggetti a rischio di cancro della mammella e quindi di anticipare la diagnosi della malattia attraverso un esame semplice e di facile esecuzione. Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente e la seconda causa di morte nelle donne. La mammografia, che consiste in un esame radiografico del seno, permette di individuare lesioni e noduli anche di piccole dimensioni. Più la diagnosi è tempestiva, maggiori sono le possibilità di cura, di interventi conservativi e di guarigione. Le Linee Guida della Commissione Oncologica Italiana del 1996, raccomandavano l'esecuzione della mammografia su una popolazione di età compresa tra i 50 e i 69 anni, ogni due anni.

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

Numeratore: Numero esami eseguiti all'interno del programma di screening  
 Denominatore: Numero donne invitate meno numero donne con recente mammografia

**Validità e limiti** L'indice corretto di partecipazione è un indicatore rappresentativo della reale risposta della popolazione bersaglio, poiché al denominatore non vengono incluse le donne che hanno risposto alla lettera d'invito segnalando di aver già effettuato da pochi mesi una mammografia, al di fuori del programma. L'indicatore fornisce però una visione parziale di quella che realmente è la situazione degli screening mammografici in Italia; i risultati probabilmente sottostimano la reale situazione, dal momento che è possibile tenere conto di programmi attivati successivamente alla rilevazione dei dati.

**Benchmark** Le linee guida Italiane, elaborate nel 1996 dalla Commissione Oncologica Nazionale, stabiliscono la soglia minima di copertura al 50% mentre quella soddisfacente al 70%. Le Linee Guida elaborate dal gruppo «Europe Against Cancer» (1989) fissano gli standard al 70% (livello accettabile) e 75% (livello soddisfacente).

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Rapporto dell'Osservatorio nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Anno 2000.

#### **Descrizione dei Risultati**

I dati presentati in tabella si riferiscono ad 11 regioni. Nelle rimanenti regioni i programmi di screening per tumore della mammella nell'anno 2000 erano in corso di attivazione e dunque l'informazione relativa non è disponibile.

Per valutare l'esistenza di differenze statisticamente significative tra il livello di partecipazione reale e quello previsto dalle Linee Guida della Commissione Oncologica Nazionale del Giugno 1996, è stato utilizzato il test statistico del Chi Quadrato. L'analisi ha permesso di rilevare una situazione complessivamente soddisfacente, infatti pressoché ovunque il livello di partecipazione minimo coincide con quello previsto dalle Linee Guida Italiane (50%), in altri casi si raggiunge il livello desiderabile del 70% come nel caso della regione Umbria che registra un livello di partecipazione del 72,2%. Questo ultimo risultato è riferito ad un programma attivato nella sola città di Perugia, e di conseguenza necessita di ulteriori approfondimenti.

## Indice di partecipazione a programmi di screening per tumore della mammella

Regione	Indice di partecipazione
Umbria	72,2
Veneto	67,5
Emilia-Romagna	67,5
Lazio	66,1
Valle d'Aosta	65,1
Toscana	63,7
Sicilia	60,8
<b>ITALIA</b>	<b>59,8</b>
Abruzzo	58,2
Piemonte	57,6
Basilicata	54,6
Lombardia	43,8

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Recentemente la Commissione Oncologica Nazionale (Gazzetta Ufficiale n. 100, 2 Maggio 2001) ha emanato delle nuove raccomandazioni per le Regioni concernenti l'attivazione di «Programmi di screening di documentata efficacia». Le regioni che non hanno ancora avviato programmi di screening mammografico dovrebbero procedere alla loro attuazione sul territorio almeno entro il 2005, in linea anche con quanto previsto dal PSN 2003-2005, che indica tra gli obiettivi generali «la Promozione della salute». Le iniziative volte a tutelare la salute delle donne e in particolare i piani di prevenzione secondaria del tumore della mammella, rappresentano un ulteriore sforzo affinché si arrivi ad un progetto di prevenzione su scala nazionale.