

Qualità dell'assistenza territoriale valutata attraverso gli Indicatori AHRQ – QIs Prevention Quality

L'assistenza primaria a livello territoriale è offerta da professionisti specificatamente addestrati ed esperti nel primo contatto generale e nelle cure continuative di persone che manifestano problemi di salute di diversa origine (biologica, comportamentale o sociale). Il paziente che approccia il primo contatto nella «primary care» è un paziente non ancora differenziato, e cioè non riconoscibile sulla base di una diagnosi. L'assistenza primaria persegue due finalità principali. Il primo obiettivo riguarda l'offerta di servizi quali la promozione, la prevenzione e il mantenimento della salute, il counselling, l'educazione sanitaria del paziente, la diagnosi ed il trattamento di malattie acute e croniche in diverse sedi, dall'ambulatorio al domicilio del paziente. La seconda finalità è quella di assicurare continuità assistenziale mediante indirizzo del paziente in diverse sedi di trattamento degli episodi di cura, fornendo una guida nel sistema sanitario per ottenere un trattamento adeguato attraverso il coordinamento dei diversi servizi.

Strumenti di misura della qualità della primary care possono essere rappresentati da indicatori di appropriatezza organizzativa intesa come capacità di fornire prestazioni secondo la modalità di erogazione più adeguata nella sede più opportuna.

Gli indicatori di appropriatezza organizzativa, rappresentati in questa sede, sono stati scelti in funzione del grado di pertinenza nel rappresentare sinteticamente la capacità dell'assistenza primaria di fornire esaurienti risposte nella gestione di malattie acute o croniche a livello territoriale. Infatti un'adeguata organizzazione della rete dei servizi territoriali riduce il ricorso all'ospedalizzazione per un miglioramento degli interventi di prevenzione e del trattamento di fasi specifiche di malattia e/o di sue complicanze. Gli indicatori utilizzati sono stati derivati da «Guide to Prevention Quality Indicator» dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), in cui sono definiti i Prevention Quality Indicator (P-QIs).

L'utilizzo di questi indicatori offre l'opportunità di approfondire spunti di riflessione su punti di forza o di debolezza in merito alla loro capacità di evidenziare i diversi aspetti della inappropriata organizzativa.

Nei paragrafi che trattano dell'appropriatezza organizzativa sono analizzati i ricoveri ordinari in ospedale per acuti per singole patologie di riferimento (Infezioni delle vie urinarie, Polmoniti batteriche, Diabete mellito, Asma bronchiale, Scompenso cardiaco). Ogni classe di ricoveri evitabili consente una «lettura» indiretta dell'appropriatezza organizzativa dell'intera rete di servizi di assistenza primaria e/o della capacità di trattamento integrato per specifica patologia.

Tasso di ricovero standardizzato per Polmonite batterica

Significato. La Polmonite è un processo infiammatorio a decorso acuto o sub acuto che interessa il parenchima polmonare, distalmente ai bronchioli terminali e che riconosce nella maggior parte dei casi un'eziologia infettiva. Essa viene classificata in: Polmonite batterica e in Polmonite da altri agenti eziologici o «atipica».

La Polmonite batterica è una malattia relativamente frequente, che nonostante i progressi compiuti in campo diagnostico e terapeutico, è gravata da una mortalità non trascurabile e da costi elevati per diagnosi, per terapia, per mortalità prematura e giornate perse di lavoro. L'andamento di questa patologia, inoltre, è fortemente influenzato da numerosi fattori predisponenti quali l'invecchiamento della popolazione, le patologie acute e croniche concomitanti e le abitudini voluttuarie (fumo, alcol).

Tuttavia la Polmonite batterica rappresenta una patologia acuta prevenibile e trattabile efficacemente nella maggior parte dei casi con terapia antibiotica a livello di assistenza primaria. In caso di mancato trattamento a questo livello o di intempestivo intervento, seguiti da complicanze, potrebbe verificarsi un ricovero ospedaliero potenzialmente evitabile. Il numero di ricoveri ospedalieri nel territorio considerato può essere, pertanto, un *proxy* della misura dell'appropriatezza dell'assistenza primaria nel trattamento della patologia acuta.

È stato stimato il tasso medio annuo considerando i ricoveri relativi agli ultimi due anni disponibili (2001-2002) effettuati ovunque e relativi ai residenti nella regione. Inoltre è stata effettuata una standardizzazione diretta per età.

Numeratore	Numero ricoveri dimissioni con codice di diagnosi principale per Polmonite batterica	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente	

Validità e limiti. La possibilità di considerare i ricoveri relativi ai residenti consente di valutare in maniera più precisa eventuali deficit organizzativi delle singole regioni. Un limite dell'indicatore è rappresentato dalla possibilità che i diversi tassi di incidenza delle Polmoniti batteriche nelle varie regioni possano influenzare i tassi di ricovero costituendo per questo una fonte di bias.

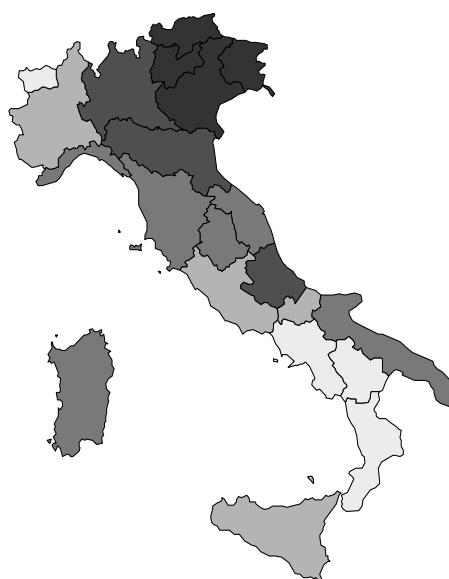
Va inoltre ricordato che la Polmonite batterica è spesso, in soggetti anziani e/o affetti da patologie croniche, una complicanza dell'influenza. Pertanto il differente tasso di copertura vaccinale antinfluenzale ed antipneumococcica, conseguente all'impatto di diverse politiche sanitarie regionali e compliance dei residenti, può determinare una eterogenea incidenza delle polmoniti nel contesto territoriale.

Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo per questo indicatore è stato utilizzato uno standard operativo derivabile dal tasso nazionale di ricoveri per Polmoniti batteriche.

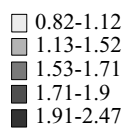
Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute - Banca Dati SDO, Anno 2001, 2002. Popolazioni Istat, Anno 2001, 2002.

Tabella 1 - *Tasso standardizzato di ricovero per Polmonite batterica - Anni 2001-2002*

Regione	Polmonite batterica	
	Tasso Std	I.C. 95%
Piemonte	1,35	1,33 - 1,36
Valle d'Aosta	0,82	0,75 - 0,89
Lombardia	1,85	1,84 - 1,86
Prov. Aut. Bolzano	2,36	2,32 - 2,40
Prov. Aut. Trento	1,91	1,87 - 1,96
Veneto	2,47	2,45 - 2,48
Friuli-Venezia Giulia	2,05	2,03 - 2,08
Liguria	1,61	1,58 - 1,64
Emilia-Romagna	1,89	1,87 - 1,90
Toscana	1,71	1,69 - 1,73
Umbria	1,67	1,63 - 1,71
Marche	1,71	1,69 - 1,73
Lazio	1,50	1,48 - 1,51
Abruzzo	1,74	1,71 - 1,77
Molise	1,37	1,31 - 1,42
Campania	1,09	1,08 - 1,10
Puglia	1,53	1,51 - 1,54
Basilicata	0,92	0,90 - 0,95
Calabria	1,01	0,99 - 1,02
Sicilia	1,17	1,16 - 1,18
Sardegna	1,57	1,55 - 1,59
Italia	1,62	1,62 - 1,63



Tasso standardizzato di ricovero per Polmonite batterica. Anni 2001-2002



Descrizione dei Risultati

Sono stati considerati i dati relativi al biennio 2001-2002.

La regione con il minor tasso di ricovero è la Valle d'Aosta (0,82 ricoveri per 1.000 abitanti), mentre la regione con il maggior tasso di ricoveri è il Veneto (2,47 ricoveri per 1.000 abitanti). Il valore medio nazionale è pari a 1,62 ricoveri per 1.000 abitanti. Le regioni Meridionali presentano tassi di ricovero inferiori alla media nazionale in maniera statisticamente significativa. Le regioni del Centro e del Settentrione ad eccezione di Lazio, Piemonte e Valle d'Aosta hanno tassi di ricovero superiori alla media nazionale in maniera statisticamente significativa.

L'analisi dei tassi standardizzati condotta anche separatamente per sesso (dati non riportati) ha evidenziato sistematicamente una maggiore incidenza di Polmoniti batteriche nei maschi rispetto alle femmine. Questo è probabilmente attribuibile ad una maggiore prevalenza negli uomini di fattori predisponenti l'insorgenza della Polmonite batterica (fumo di sigaretta, broncopneumopatia cronico ostruttiva).

Raccomandazioni di Osservasalute

L'assenza di uno standard di riferimento legislativo comporta l'utilizzo di uno standard operativo che, se non rappresenta sicuramente un valore a cui tendere per le regioni con tassi di ricovero inferiori alla media nazionale, può indicare un valore di riferimento per quelle regioni che, avendo tassi di ricoveri più alti della media nazionale, volessero migliorare il grado di appropriatezza dell'assistenza territoriale.

La disponibilità di un vaccino antinfluenzale e del vaccino antipneumococcico offre la possibilità alle regioni di promuovere programmi vaccinali in soggetti anziani e/o con patologie croniche, che possono ridurre il numero di ricoveri per Polmoniti batteriche. Nella gestione del profilo assistenziale del paziente con Polmonite batterica un ruolo fondamentale è svolto dall'assistenza primaria che può assolvere sia alla funzione preventiva che diagnostica e terapeutica. In particolar modo il MMG potrebbe assumere, nei confronti di soggetti considerati a rischio di Polmonite batterica, il ruolo di promotore di campagne vaccinali attraverso l'esercizio della medicina d'iniziativa. Inoltre la possibilità di esercitare la medicina di gruppo strutturata in UTAP consente al MMG, tramite la condivisione con altri MMG e Medici Specialisti di Profili Assistenziali, di assicurare al paziente la continuità assistenziale e il trattamento terapeutico di comprovata efficacia.

Referenze bibliografiche

AHRQ Quality Indicators-Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001. AHRQ Pub. No. 02-R0203.

Tasso di ricovero standardizzato per Infezione delle vie urinarie

Significato. Le Infezioni delle vie urinarie sono condizioni morbose che possono essere prevenute, diagnosticate e trattate a livello di Assistenza Primaria. Se l'accesso alle cure primarie è inadeguato e/o il trattamento intempestivo, con conseguente insorgenza di complicanze, si ricorre al ricovero ospedaliero potenzialmente evitabile. Questo tasso che considera ricoveri ospedalieri potenzialmente evitabili, pertanto, rappresenta un indicatore dell'appropriatezza organizzativa dell'assistenza erogata direttamente a livello domiciliare e/o ambulatoriale, che esaurisce, a livello territoriale, la gestione, in termini di prevenzione, diagnosi e terapia, di patologie acute come le Infezioni delle vie urinarie. Il tasso di ricovero standardizzato per Infezione delle vie urinarie è stato definito secondo i criteri dell'Agency for Healthcare Research and Quality che escludono dal numeratore i ricoveri relativi al MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio) e MDC 15 (malattie e disturbi del periodo neonatale).

È stato stimato il tasso medio annuo considerando i ricoveri relativi agli ultimi due anni disponibili (2001-2002) effettuati ovunque e relativi ai residenti nella regione. Inoltre è stata effettuata una standardizzazione diretta per età.

Numeratore	Numero dimissioni con codice di diagnosi principale per Numero ricoveri per Infezione delle vie urinarie	
Denominatore	Popolazione residente	x 1.000

Validità e limiti. Il calcolo dell'indicatore, ottenuto considerando solo i ricoveri dei residenti, consente di ottenere una valutazione più fedele dell'appropriatezza organizzativa dell'assistenza territoriale delle singole regioni.

La possibilità che i diversi tassi di incidenza delle Infezioni urinarie nelle varie regioni possano influenzare i tassi di ricovero può rappresentare una fonte di bias.

Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo per questo indicatore è stato utilizzato una standard operativo derivabile dal tasso nazionale di ricoveri per Infezione delle vie urinarie.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute - Banca Dati SDO, Anno 2001, 2002. Popolazioni Istat, Anno 2001, 2002.

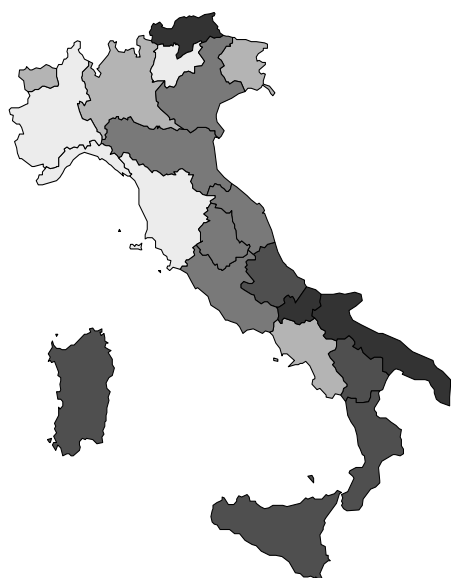
Descrizione dei Risultati

La possibilità di disporre di dati relativi ai ricoveri per Infezioni delle vie urinarie stratificati per età ha consentito di standardizzare il tasso eliminando, rispetto alla precedente edizione, una fonte di distorsione nella valutazione dei tassi di ricovero, dovuta alla differente incidenza di tale patologia acuta nelle diverse età.

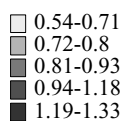
Il valore medio nazionale è 0,85 ricoveri per 1.000 abitanti. La regione con il valore minore è il Piemonte (0,54 ricoveri per 1.000 abitanti). La regione con il maggior numero di ricoveri è rappresentata dalla Puglia (1,33 ricoveri per 1.000 abitanti). L'analisi condotta mostra come le regioni del Centro e del Settentrione (ad esclusione della P. A. di Bolzano) presentano, valori minori, in maniera statisticamente significativa, rispetto alla media nazionale. Le regioni Meridionali presentano tutte ad esclusione della Campania (0,74 ricoveri per 1.000 abitanti) valori superiori allo standard nazionale in maniera statisticamente significativa.

Tabella 1 - *Tasso standardizzato di ricovero per Infezione delle vie urinarie - Anni 2001-2002*

Regione	Infezione delle vie urinarie	
	Tasso Std	I.C. 95 %
Piemonte	0,54	0,53 - 0,55
Valle d'Aosta	0,76	0,68 - 0,85
Lombardia	0,73	0,72 - 0,74
Prov. Aut. Bolzano	1,28	1,24 - 1,32
Prov. Aut. Trento	0,63	0,60 - 0,66
Veneto	0,82	0,80 - 0,83
Friuli-Venezia Giulia	0,73	0,71 - 0,75
Liguria	0,64	0,62 - 0,66
Emilia-Romagna	0,82	0,81 - 0,83
Toscana	0,70	0,69 - 0,72
Umbria	0,81	0,78 - 0,84
Marche	0,92	0,90 - 0,94
Lazio	0,81	0,80 - 0,82
Abruzzo	1,18	1,15 - 1,20
Molise	1,32	1,27 - 1,38
Campania	0,73	0,72 - 0,74
Puglia	1,33	1,31 - 1,34
Basilicata	1,06	1,03 - 1,10
Calabria	1,18	1,16 - 1,20
Sicilia	1,12	1,11 - 1,14
Sardegna	0,96	0,94 - 0,98
Italia	0,85	0,85 - 0,86



Tasso standardizzato di ricovero per Infezioni delle vie urinarie. Anni 2001-2002



Raccomandazioni di Osservasalute

L'introduzione nella valutazione di uno standard operativo è necessario per operare confronti sulle performance delle singole regioni, ma non rappresenta necessariamente un valore di riferimento a cui tendere per migliorare l'organizzazione dell'assistenza territoriale nella gestione delle patologie acute.

Tuttavia per le regioni che mostrano un tasso di ricovero superiore al valore medio nazionale è auspicabile una riduzione del numero di ricoveri ospedalieri, attuabile con l'organizzazione di una rete di servizi che esaurisca la gestione del percorso assistenziale del paziente acuto a livello di assistenza ambulatoriale territoriale e domiciliare.

In quest'ottica la strutturazione dell'assistenza territoriale in UTAP prevede l'integrazione fra medicina di base e medicina specialistica, fornendo maggiori garanzie in termini di accessibilità dei servizi, di continuità assistenziale e assistenza domiciliare necessaria per la gestione tempestiva e coordinata in termini di prevenzione, diagnosi e terapia di patologie acute a basso impegno tecnologico e specialistico.

Referenze bibliografiche

AHRQ Quality Indicators-Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001. AHRQ Pub. No. 02-R0203.

Tasso di ricovero standardizzato per Scompenso cardiaco

Significato. Lo Scompenso cardiaco può essere definito come uno stato fisiopatologico in cui, per un'alterata funzione cardiaca, il cuore risulta incapace di pompare una quantità di sangue commisurata alle richieste metaboliche dei tessuti oppure riesce a mantenere una portata sufficiente solo a prezzo di un aumento di pressione nel circolo venoso a monte. La prevalenza dello Scompenso cardiaco nella popolazione generale è andata progressivamente aumentando in relazione all'incremento proporzionale dei soggetti anziani e del miglioramento dei risultati di sopravvivenza nelle malattie cardiovascolari, determinando un aumento del peso socio-economico sulle già limitate risorse sanitarie. Per tale patologia cronica tuttavia esiste la possibilità di evitare il ricovero o limitarlo a casi complicati attraverso il ricorso agli interventi dell'assistenza territoriale. In tal senso il numero di ricoveri potenzialmente prevenibili può essere espressione della inadeguata assistenza territoriale nel gestire il paziente con Scompenso cardiaco e nell'evitare l'insorgenza di complicazioni.

Il tasso di ricovero prevenibile, secondo i criteri dell'Agency for Healthcare Research and Quality, considera i ricoveri per Scompenso cardiaco nella popolazione uguale o maggiore di 18 anni, escludendo dal numeratore i ricoveri relativi al MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio), MDC 15 (malattie e disturbi del periodo neonatale) e i casi con procedure cardiologiche invasive.

L'analisi ha considerato i ricoveri relativi al 2002 effettuati ovunque e relativi ai residenti nella regione. Inoltre è stata effettuata una standardizzazione diretta per età.

Numeratore	Numero dimissioni con codice di diagnosi principale per Numero ricoveri per Scompenso cardiaco in residenti con età \geq 18 anni	
Denominatore	Popolazione residente con età \geq 18 anni	x 1.000

Validità e limiti. La possibilità di disporre di dati relativi esclusivamente ai ricoveri di pazienti residenti consente di identificare in modo più preciso eventuali deficit organizzativi delle singole regioni.

I tassi di ricovero possono essere influenzati dalla diversa prevalenza nelle varie regioni delle malattie che possono condurre allo Scompenso cardiaco e fornire valutazioni non coerenti relativamente all'appropriatezza organizzativa.

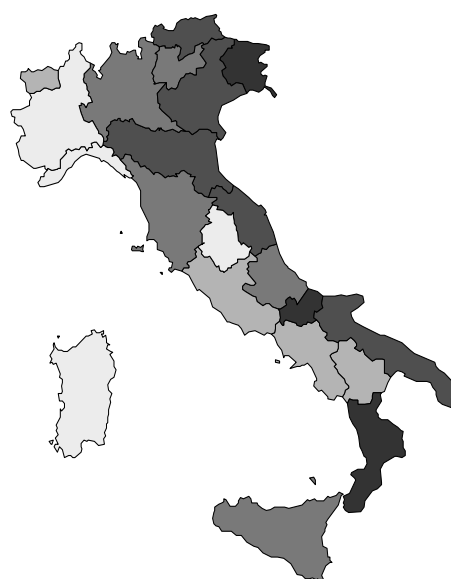
Va inoltre considerato che, trattandosi di una malattia cronico degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni possono essere adeguate per i casi più gravi e complessi, e che quindi una stima più precisa del livello di appropriatezza dei servizi territoriali potrebbe essere ottenuta integrando le informazioni derivate dall'indicatore con indicazioni relative alle complessità dei casi considerati.

Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo per questo indicatore è stato utilizzato uno standard operativo derivabile dal tasso nazionale di ricoveri per Scompenso cardiaco.

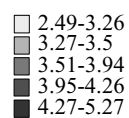
Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute - Banca Dati SDO 2002. Popolazioni Istat, Anno 2002.

Tabella 1 - *Tasso standardizzato di ricovero per Scopenso cardiaco - Anno 2002*

Regione	Scopenso cardiaco	
	Tasso Std	I.C. 95 %
Piemonte	2,49	2,47 - 2,51
Valle d'Aosta	3,33	3,22 - 3,44
Lombardia	3,51	3,50 - 3,53
Prov. Aut. Bolzano	4,26	4,21 - 4,32
Prov. Aut. Trento	3,91	3,86 - 3,97
Veneto	4,12	4,10 - 4,14
Friuli-Venezia Giulia	5,27	5,23 - 5,31
Liguria	3,24	3,21 - 3,27
Emilia-Romagna	4,22	4,20 - 4,24
Toscana	3,81	3,79 - 3,83
Umbria	3,20	3,16 - 3,25
Marche	4,26	4,22 - 4,29
Lazio	3,35	3,33 - 3,37
Abruzzo	3,60	3,56 - 3,64
Molise	4,55	4,45 - 4,65
Campania	3,46	3,44 - 3,48
Puglia	4,04	4,01 - 4,06
Basilicata	3,28	3,22 - 3,34
Calabria	4,39	4,35 - 4,43
Sicilia	3,69	3,66 - 3,71
Sardegna	2,97	2,94 - 3,00
Italia	3,66	3,66 - 3,67



Tasso standardizzato di ricovero per Scopenso cardiaco. Anno 2002



Descrizione dei Risultati

La regione con più basso numero di ricoveri è il Piemonte (2,49 ricoveri per 1.000 abitanti). Le altre regioni con un tasso di ricovero significativamente inferiore allo standard di riferimento (3,66 ricoveri per 1.000 abitanti) sono la Sardegna, l'Umbria, la Liguria, la Basilicata, la Valle d'Aosta, il Lazio, la Campania, la Lombardia e l'Abruzzo. Il Friuli-Venezia Giulia mostra il tasso più alto (5,27 ricoveri per 1.000 abitanti) rispetto allo standard di riferimento. Tra le altre regioni con un tasso di ricovero significativamente superiore alla media nazionale sono presenti il Molise, la Calabria, la P. A. di Bolzano, le Marche, l'Emilia Romagna, il Veneto, la Puglia, la P. A. di Trento e la Toscana. L'analisi dei dati ha pertanto evidenziato una notevole eterogeneità dei risultati nelle varie regioni, che non risponde a criteri di aggregazione secondo gradiente geografico.

Va tuttavia considerato che il differente funzionamento della rete dei servizi di Urgenza ed Emergenza nelle diverse regioni può influenzare il numero di ricoveri nella fase di acuzie e/o il ritardato o mancato ricorso a questi da parte dei familiari. Ciò può comunque incidere sui diversi tassi di ospedalizzazione regionali, poiché nelle fasi di acuzie della malattia il mancato immediato ricorso alle cure ospedaliere può determinare l'esito infausto della malattia e comportare il mancato ricovero.

In altri casi, invece, sebbene il paziente venga ricoverato per Scopenso cardiaco, la presenza contemporanea di altre patologie croniche preesistenti può comportare un'attribuzione della diagnosi principale alle condizioni di comorbidità, determinando una sottostima della prevalenza dello Scopenso cardiaco tra i ricoveri ospedalieri.

Raccomandazioni di Osservasalute

Va sottolineato come per le regioni con tassi di ricovero inferiori allo standard di riferimento operativo non è utile tendere a tale valore, perché questo comporterebbe la riduzione dell'appropriatezza organizzativa dell'assistenza territoriale.

In considerazione del peso del dato epidemiologico, delle nuove continue acquisizioni in tema di trattamento e dell'andamento cronico e progressivamente invalidante dello Scopenso cardiaco, per gli operatori sanitari è opportuno seguire modelli di gestione integrata del paziente a livello di assistenza primaria, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche disponibili a garantire la qualità e la continuità delle cure. L'attuazione dei programmi di istruzione-educazione dei pazienti e dei suoi familiari, delle strategie di prevenzione, diagnosi e cura dei soggetti ad alto rischio di sviluppo di Scopenso cardiaco e/o quelli in fase pre-clinica, la continuità assistenziale dei pazienti in fase di instabilità della malattia, possono trovare nella medicina di famiglia il setting più consono per la ricerca delle risposte appropriate.

Inoltre la gestione integrata del paziente scompesato può essere ottenuta attraverso l'attivazione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria che, mantenendo la centralità del MMG, garantisce la fornitura di prestazioni specialistiche e il collegamento con gli specialisti per realizzare programmi specifici di tutela, esaurendo in questo modo il profilo assistenziale interamente all'interno delle strutture territoriali.

Referenze bibliografiche

AHRQ Quality Indicators-Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001. AHRQ Pub. No. 02-R0203.

Tasso di ricovero standardizzato per Asma bronchiale

Significato. L'Asma bronchiale è una sindrome caratterizzata da un aumento delle resistenze delle vie aeree, generalmente a carattere accessionale, con periodi di crisi, seguiti da intervalli asintomatici, conseguente ad uno spasmo della muscolatura liscia bronchiale, eventualmente associata ad edema della mucosa ed ipersecrezione di muco. L'Asma bronchiale è riconosciuta come malattia sociale dal 1999 ed è la patologia cronica più frequente nei bambini, per i quali rappresenta anche un'importante causa di mortalità. È motivo frequente di ricovero ospedaliero e, laddove esista un'adeguata assistenza territoriale, è possibile attuare una gestione integrata del paziente asmatico, riducendo l'insorgenza delle crisi asmatiche, evitando così il ricorso alle cure ospedaliere. In questo senso un indicatore che utilizzi il numero di ricoveri per Asma bronchiale può essere considerato un proxy dell'appropriatezza dell'assistenza territoriale e, più specificamente, può fornire una valutazione del grado di integrazione del percorso assistenziale del paziente asmatico all'interno delle strutture territoriali.

È possibile definire gli indicatori secondo i criteri utilizzati dal AHRQ-PQI che dividono i ricoveri per Asma bronchiale in:

- ricoveri per Asma bronchiale negli adulti (rapporto tra numero di ricoveri per Asma bronchiale in pazienti di età ≥ 18 anni e popolazione residente di età ≥ 18 anni);
- ricoveri per Asma bronchiale pediatrico (rapporto tra numero di ricoveri per Asma bronchiale in pazienti di età < 18 anni e popolazione residente di età < 18 anni).

In entrambi gli indicatori sono esclusi dal denominatore i ricoveri per MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio) e MDC 15 (malattie e disturbi del periodo neonatale).

Sono stati stimati i tassi medi annui considerando i ricoveri relativi agli ultimi due anni disponibili (2001-2002) effettuati ovunque e relativi ai residenti nella regione. Inoltre è stata effettuata una standardizzazione diretta per età.

Numeratore	Numero dimissioni con codice di diagnosi principale per Numero ricoveri per Asma bronchiale negli adulti con età ≥ 18 anni	
Denominatore	Popolazione residente con età ≥ 18 anni	x 1.000
Numeratore	Numero dimissioni con codice di diagnosi principale per Numero ricoveri per Asma bronchiale nei bambini in residenti con età < 18 anni	
Denominatore	Popolazione residente con età < 18 anni	x 1.000

Validità e limiti. L'Asma bronchiale presenta un'eziologia multifattoriale (genetica, ambientale, emotiva), che può essere causa di una differente prevalenza della patologia nelle varie regioni, determinando un bias nella valutazione dei ricoveri ospedalieri ai fini della definizione del grado di appropriatezza dell'assistenza territoriale.

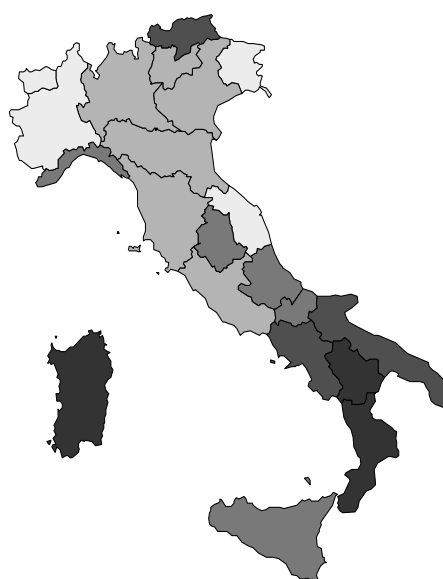
La possibilità di considerare per ogni regione solo i ricoveri della popolazione residente consente un più preciso calcolo dei tassi, evitando di inserire al numeratore ricoveri attribuibili a problemi organizzativi assistenziali di altri territori.

Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo per questo indicatore è stato utilizzato uno standard operativo derivabile dal tasso nazionale di ricoveri per Asma bronchiale.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute - Banca Dati SDO, Anno 2001, 2002. Popolazioni Istat, Anno 2001, 2002.

Tabella 1 - *Tasso standardizzato di ricovero per Asma bronchiale Adulti - Anni 2001-2002*

Regione	Asma bronchiale Adulti	
	Tasso Std	I.C. 95%
Piemonte	0,16	0,16 - 0,17
Valle d'Aosta	0,14	0,09 - 0,19
Lombardia	0,25	0,24 - 0,26
Prov. Aut. Bolzano	0,35	0,31 - 0,38
Prov. Aut. Trento	0,20	0,17 - 0,22
Veneto	0,23	0,22 - 0,24
Friuli-Venezia Giulia	0,19	0,18 - 0,20
Liguria	0,29	0,27 - 0,30
Emilia-Romagna	0,21	0,20 - 0,21
Toscana	0,23	0,22 - 0,24
Umbria	0,30	0,28 - 0,32
Marche	0,19	0,18 - 0,20
Lazio	0,25	0,24 - 0,25
Abruzzo	0,28	0,26 - 0,30
Molise	0,30	0,26 - 0,33
Campania	0,31	0,30 - 0,32
Puglia	0,35	0,33 - 0,36
Basilicata	0,40	0,37 - 0,43
Calabria	0,42	0,40 - 0,43
Sicilia	0,30	0,28 - 0,31
Sardegna	0,46	0,43 - 0,48
Italia	0,27	0,26 - 0,27



**Tasso standardizzato di ricovero
per Asma bronchiale Adulti. Anni 2001-2002**

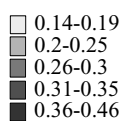
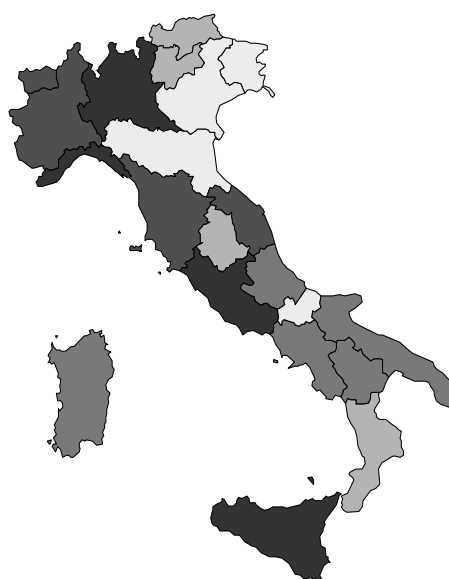
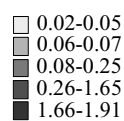


Tabella 2 - *Tasso standardizzato di ricovero per Asma bronchiale Bambini - Anni 2001-2002*

Regione	Asma bronchiale Bambini	
	Tasso Std	I.C. 95%
Piemonte	1,63	1,56 - 1,70
Valle d'Aosta	0,93	0,67 - 1,22
Lombardia	1,66	1,62 - 1,71
Prov. Aut. Bolzano	1,28	1,12 - 1,44
Prov. Aut. Trento	1,31	1,15 - 1,48
Veneto	1,15	1,09 - 1,20
Friuli-Venezia Giulia	0,34	0,27 - 0,40
Liguria	1,91	1,77 - 2,04
Emilia-Romagna	1,08	1,02 - 1,14
Toscana	0,80	0,75 - 0,86
Umbria	1,37	1,22 - 1,52
Marche	1,64	1,53 - 1,76
Lazio	1,66	1,60 - 1,72
Abruzzo	2,01	1,88 - 2,15
Molise	1,07	0,88 - 1,27
Campania	2,37	2,31 - 2,43
Puglia	1,56	1,50 - 1,62
Basilicata	1,52	1,35 - 1,68
Calabria	1,27	1,19 - 1,35
Sicilia	1,89	1,83 - 1,95
Sardegna	1,52	1,42 - 1,63
Italia	1,60	1,58 - 1,62



**Tasso standardizzato di ricovero
per Asma bronchiale Bambini - Anni 2001-2002**



Descrizione dei Risultati

L'analisi dei dati effettuata utilizzando gli indicatori AHRQ-PQI è stata effettuata separatamente per i bambini e gli adulti e ha considerato l'analisi dei dati relativi al biennio 2001-2002.

I tassi di ricoveri per Asma bronchiale negli adulti presentano uno standard di riferimento di 0,27 ricoveri per 1.000 abitanti. La regione con il valore minore è la Valle d'Aosta (0,14 ricoveri per 1.000 abitanti), mentre la Sardegna è quella con il tasso di ricovero maggiore (0,46 ricoveri per 1.000 abitanti).

La distribuzione dei valori evidenzia negli adulti la presenza di un "gradiente" crescente che riguarda le regioni da Nord a Sud. Fanno eccezione la P. A. di Bolzano e l'Umbria. Il tasso di ricovero per Asma bronchiale nei bambini presenta il valore più alto in Campania (2,37 ricoveri per 1.000 abitanti). Le altre regioni con tassi di ricovero superiori, in maniera statisticamente significativa rispetto alla media nazionale (1,60 ricoveri per 1.000 abitanti), sono il Lazio, la Sicilia, la Liguria e l'Abruzzo.

Il tasso più basso è in Friuli-Venezia Giulia (0,34 ricoveri per 1.000 abitanti).

Le altre regioni che presentano tassi di ricovero inferiori rispetto alla media nazionale, in maniera statisticamente significativa, sono l'Umbria, le P. A. di Trento e Bolzano, la Calabria, il Veneto, l'Emilia-Romagna, il Molise, la Valle d'Aosta e la Toscana.

Va inoltre tenuto presente che i ricoveri ospedalieri nei bambini possono in parte essere influenzati da una maggiore prevalenza dell'Asma bronchiale in questi ultimi rispetto agli adulti e che, sempre nei bambini, esiste una maggiore esposizione a fattori scatenanti la crisi.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'utilizzo di uno standard operativo offre la possibilità di confrontare i valori delle regioni fra loro, ma non deve rappresentare un valore di riferimento per le regioni che presentano tassi minori poiché tendere allo standard comporterebbe, per queste regioni, la riduzione dell'appropriatezza dell'assistenza territoriale.

Tuttavia, data la differente prevalenza e gravità che la malattia presenta nei bambini, l'analisi differenziata offerta dagli AHRQ-PQI per soggetti minori e maggiori di diciotto anni rappresenta un valido sostegno alla programmazione di strategie di integrazione e potenziamento dell'assistenza territoriale.

Considerato l'approccio multidisciplinare del trattamento dell'Asma bronchiale basato sia sull'appropriatezza della terapia che sulla prevenzione di comportamenti o situazioni, che rappresentano condizioni scatenanti l'attacco d'Asma bronchiale, è necessario, nella logica di attuazione del PSN 2003-2005, promuovere programmi di educazione e informazione sanitaria per i pazienti e per le loro famiglie.

In quest'ottica multidisciplinare, comune a molte patologie croniche, la gestione integrata del paziente asmatico può essere ottenuta attraverso l'attivazione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria che, mantenendo la centralità del MMG, garantisce la fornitura di prestazioni specialistiche e il collegamento con gli specialisti per realizzare programmi specifici di tutela, esauendo in questo modo il profilo assistenziale interamente all'interno delle strutture territoriali.

Referenze bibliografiche

AHRQ Quality Indicators-Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001. AHRQ Pub. No. 02-R0203.

Tasso di ricovero standardizzato per Diabete mellito

Significato. Il Diabete mellito è una patologia cronica causata da una riduzione, ereditaria o acquisita, della produzione di insulina da parte del pancreas o dalla resistenza dell'organismo all'azione dell'insulina prodotta. Questo comporta un aumento di concentrazione di glucosio nel sangue che a lungo termine può danneggiare diversi distretti dell'organismo, in particolare vasi sanguigni e nervi. Il controllo metabolico è indispensabile per prevenire e/o ritardare l'insorgenza di complicanze, che portano spesso il paziente a dover ricorrere al ricovero ospedaliero. Laddove sia presente un'appropriatezza assistenziale territoriale esiste la possibilità, attraverso l'integrazione delle attività di prevenzione, diagnosi e cura, di esaurire il percorso assistenziale del paziente diabetico all'interno della rete dei servizi territoriali, limitando il ricorso al ricovero ospedaliero solo a casi particolari. Il tasso di ricovero per Diabete mellito può essere, pertanto, considerato un proxy dell'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali. Gli indicatori di AHRQ-PQI per il Diabete mellito sono rappresentati da un set di indicatori che vengono utilizzati per valutare l'appropriatezza dell'assistenza territoriale e comprendono:

- tasso di ricovero standardizzato per Diabete mellito non controllato (NC): non comprende nella diagnosi principale alcun riferimento a complicanze a breve o lungo termine;
- tasso di ricovero standardizzato per complicanze precoci del Diabete mellito (BT): comprende diagnosi principali per chetoacidosi, iperosmolarità, coma;
- tasso di ricovero standardizzato per complicanze tardive (LT): comprende diagnosi principale per complicanze renali, oculari, neurologiche, circolatorie o non meglio specificate. Questi indicatori considerano solo ricoveri su popolazione con età uguale o maggiore di 18 anni con esclusione dei pazienti con MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio) e MDC 15 (malattie e disturbi del periodo neonatale).

Sono stati stimati i tassi medi annui considerando i ricoveri relativi agli ultimi due anni disponibili (2001-2002) effettuati ovunque e relativi ai residenti nella regione. Inoltre è stata effettuata una standardizzazione diretta per età.

Numeratore	Numero dimissioni con codice di diagnosi principale per Diabete mellito (NC o BT o LT) in residenti con età \geq 18 anni	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente con età \geq 18 anni	

Validità e limiti. Un limite per gli indicatori AHRQ-PQI è rappresentato dalla mancata inclusione dei codici ICD-9-CM 250.00 e 250.01, relativi a diagnosi rispettivamente di Diabete mellito non complicato di tipo II e di tipo I.

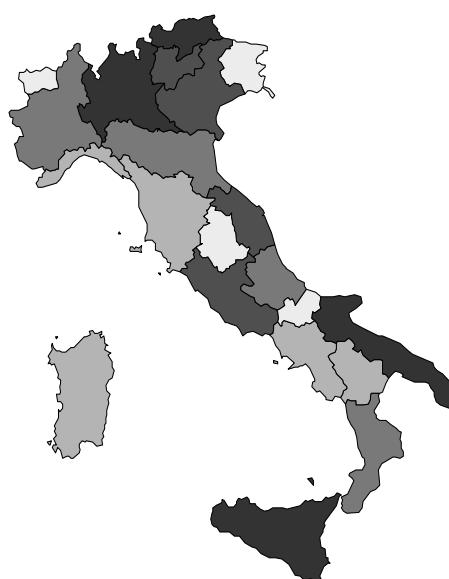
Per l'indicatore potrebbe essere presente un bias determinato dalla diversa prevalenza della malattia nelle varie regioni. La possibilità di disporre di dati relativi esclusivamente ai ricoveri di pazienti residenti consente di valutare in maniera più precisa il livello di inappropriatezza delle strutture territoriali della regione considerata, senza possibilità di attribuire a questa disfunzioni o carenze organizzative di altre.

Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo per questo indicatore è stato utilizzato uno standard operativo derivabile dal tasso nazionale di ricoveri per Diabete mellito.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute - Banca Dati SDO, Anno 2001, 2002. Popolazioni Istat, Anno 2001, 2002.

Tabella 1 - *Tasso standardizzato di ricovero per Diabete mellito Non Controllato (NC) - Anni 2001-2002*

Regione	Diabete mellito NC	
	Tasso Std	I.C. 95%
Piemonte	0,28	0,27 - 0,29
Valle d'Aosta	0,13	0,09 - 0,18
Lombardia	0,50	0,49 - 0,50
Prov. Aut. Bolzano	0,56	0,53 - 0,60
Prov. Aut. Trento	0,44	0,41 - 0,47
Veneto	0,44	0,43 - 0,45
Friuli-Venezia Giulia	0,17	0,16 - 0,19
Liguria	0,24	0,23 - 0,25
Emilia-Romagna	0,29	0,28 - 0,30
Toscana	0,19	0,19 - 0,20
Umbria	0,16	0,14 - 0,17
Marche	0,45	0,44 - 0,47
Lazio	0,47	0,46 - 0,48
Abruzzo	0,34	0,32 - 0,35
Molise	0,14	0,12 - 0,16
Campania	0,21	0,20 - 0,22
Puglia	0,63	0,61 - 0,64
Basilicata	0,26	0,23 - 0,28
Calabria	0,42	0,40 - 0,43
Sicilia	0,72	0,70 - 0,73
Sardegna	0,25	0,24 - 0,26
Italia	0,40	0,39 - 0,40



Tasso standardizzato di ricovero per Diabete mellito Non Controllato (NC). Anni 2001-2002

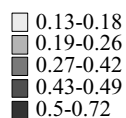
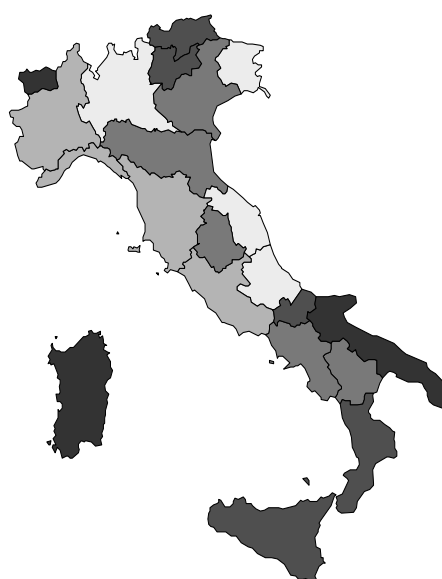


Tabella 2 - Tasso standardizzato di ricovero per complicanze a Breve Termine (BT) del Diabete mellito - Anni 2001-2002

Regione	Diabete mellito BT	
	Tasso Std	I.C. 95%
Piemonte	0,16	0,15 - 0,16
Valle d'Aosta	0,38	0,32 - 0,44
Lombardia	0,15	0,15 - 0,15
Prov. Aut. Bolzano	0,26	0,23 - 0,28
Prov. Aut. Trento	0,22	0,21 - 0,24
Veneto	0,18	0,18 - 0,19
Friuli-Venezia Giulia	0,14	0,13 - 0,15
Liguria	0,17	0,17 - 0,18
Emilia-Romagna	0,19	0,19 - 0,20
Toscana	0,16	0,15 - 0,16
Umbria	0,18	0,17 - 0,19
Marche	0,15	0,14 - 0,15
Lazio	0,17	0,17 - 0,18
Abruzzo	0,15	0,14 - 0,16
Molise	0,26	0,24 - 0,28
Campania	0,19	0,18 - 0,19
Puglia	0,27	0,26 - 0,28
Basilicata	0,20	0,19 - 0,21
Calabria	0,24	0,23 - 0,25
Sicilia	0,23	0,22 - 0,23
Sardegna	0,29	0,28 - 0,31
Italia	0,19	0,19 - 0,19



Tasso standardizzato di ricovero per complicanze a Breve Termine (BT) del Diabete mellito. Anni 2001-2002

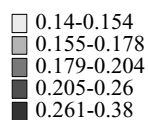
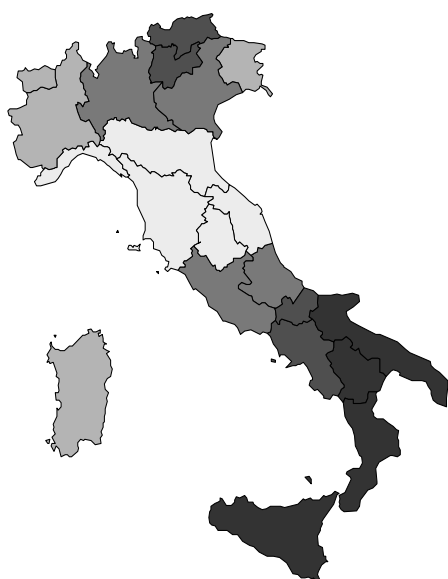
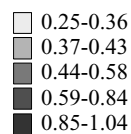


Tabella 3 - *Tasso standardizzato di ricovero per complicanze a Lungo Termine (LT) del Diabete mellito - Anni 2001-2002*

Regione	Diabete mellito LT	
	Tasso Std	I.C. 95%
Piemonte	0,37	0,36 - 0,38
Valle d'Aosta	0,39	0,34 - 0,43
Lombardia	0,46	0,45 - 0,46
Prov. Aut. Bolzano	0,60	0,57 - 0,63
Prov. Aut. Trento	0,62	0,59 - 0,66
Veneto	0,45	0,44 - 0,46
Friuli-Venezia Giulia	0,41	0,40 - 0,43
Liguria	0,34	0,33 - 0,36
Emilia-Romagna	0,36	0,35 - 0,37
Toscana	0,36	0,35 - 0,37
Umbria	0,35	0,33 - 0,37
Marche	0,25	0,24 - 0,26
Lazio	0,53	0,52 - 0,54
Abruzzo	0,57	0,55 - 0,59
Molise	0,77	0,72 - 0,83
Campania	0,80	0,79 - 0,81
Puglia	1,04	1,02 - 1,05
Basilicata	0,88	0,84 - 0,92
Calabria	0,87	0,85 - 0,90
Sicilia	0,94	0,92 - 0,95
Sardegna	0,43	0,42 - 0,44
Italia	0,55	0,55 - 0,56



Tasso standardizzato di ricovero per complicanze a Lungo Termine (LT) del Diabete mellito. Anni 2001-2002



Descrizione dei Risultati

L'analisi dei dati evidenzia che per i ricoveri per Diabete mellito non controllato, la regione con il valore minore è la Valle d'Aosta (0,13 ricoveri per 1.000 abitanti), mentre la regione con il tasso più alto è la Sicilia (0,72 ricoveri per 1.000 abitanti). Inoltre, altre otto regioni (Lombardia, Lazio, Veneto, Marche, P. A. Bolzano e Trento, Puglia e Sicilia) presentano tassi di ricovero superiori, in maniera statisticamente significativa, rispetto alla media nazionale (0,40 ricoveri per 1.000 abitanti).

Per quanto riguarda i dati relativi ai ricoveri per complicanze a breve termine, la regione con il tasso più basso è il Friuli-Venezia Giulia (0,14 ricoveri per 1.000 abitanti). Le altre regioni con i tassi di ricovero inferiori, in maniera statisticamente significativa, rispetto allo standard nazionale (0,19 ricoveri per 1.000 abitanti), sono le Marche, la Lombardia, l'Abruzzo, la Toscana, il Piemonte, la Liguria e il Lazio.

La regione con il tasso più alto è rappresentata dalla Valle d'Aosta (0,38 ricoveri per 1.000 abitanti).

Prendendo in considerazione l'indicatore per le complicanze a lungo termine del Diabete mellito, il tasso di ricovero più basso si rileva nelle Marche (0,25 ricoveri per 1.000 abitanti), mentre la Puglia è la regione con il tasso più alto (1,04 ricoveri per 1.000 abitanti). Il valore medio nazionale è pari a 0,55 ricoveri per 1.000 abitanti.

La distribuzione dei valori evidenzia una opposta tendenza rispetto alla media nazionale tra le regioni del Centro-Nord (con tasso di ricovero significativamente inferiore alla media nazionale) e le regioni del Sud (con tasso di ricovero significativamente superiore alla media nazionale). Fanno eccezione le P. A. di Bolzano e Trento e la Sardegna.

Si evidenzia, quindi, come l'utilizzo di indicatori diversi per la rappresentazione dei ricoveri evitabili per Diabete mellito caratterizzi quadri di appropriatezza organizzativa ciascuno dotato di propria specificità.

L'indicatore AHRQ-PQI per complicanze a breve termine fornisce informazioni sull'appropriatezza organizzativa dell'assistenza primaria per quanto riguarda soprattutto il ruolo della medicina generale nella «iniziativa» e «tutoraggio» negli stili di vita quotidiani verso i pazienti assistiti.

L'indicatore AHRQ-PQI per complicanze a lungo termine indica appropriatezza organizzativa di un sistema integrato medicina generale-medicina specialistica ambulatoriale a garanzia di continuità assistenziale.

L'indicatore AHRQ-PQI per Diabete mellito non compensato completa il quadro informativo in merito all'integrazione dei servizi territoriali.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'utilizzo di uno standard operativo comporta la necessità di specificare che questo rappresenta un valore a cui tendere per le regioni al di sopra di tale valore, ma non un riferimento per quelle che sono al di sotto per le quali tendere alla media nazionale significherebbe aumentare la loro inappropriata assistenza territoriale.

Tale set di indicatori deve essere proposto nel suo insieme per una valutazione complessiva del fenomeno e per l'indicazione di specifiche priorità di intervento da operare nel territorio e nell'integrazione ospedale-territorio sulla base dei valori acquisiti. La vocazione specialistica del trattamento del Diabete mellito può essere utilmente rappresentata anche al di fuori del contesto ospedaliero con una forte integrazione tra medicina generale, specialistica ambulatoriale e specialistica ospedaliera. Tutte queste compo-

nenti devono essere corresponsabilizzate per la riduzione dei livelli di inappropriatezza organizzativa evidenziati attraverso il set di indicatori.

La gestione del paziente diabetico deve prevedere l'organizzazione di programmi di counselling individuale, volto al controllo dell'alimentazione e all'educazione del paziente nei confronti dei migliori stili di vita da adottare. Questo ruolo centrale viene ad essere svolto dal MMG che può affiancare questo ruolo educativo alla funzione di controllo del trattamento, monitoraggio delle eventuali complicanze, di indirizzo specialistico al fine di ridurre i ricoveri ordinari dovuti a scompenso, complicanze o addirittura prima diagnosi della malattia. La condivisione di Linee Guida cliniche, profili assistenziali da parte di Medici di Medicina Generale e Specialisti e l'aggregazione in forme associate dei professionisti contribuiscono ad attuare un sistema di gestione integrata della malattia, che può tradursi in uno sviluppo extra ospedaliero di pratiche di Day-Service. A tale scopo la strutturazione di UTAP può fornire, unitamente allo sviluppo di un sistema informativo centrato sul paziente, l'opportunità di realizzare logiche di governo clinico.

Referenze bibliografiche

AHRQ Quality Indicators-Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001. AHRQ Pub. No. 02-R0203.