

Assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera rappresenta ancora il fulcro dell'assistenza sanitaria in Italia. La spesa per tale livello di assistenza è stata pari a quasi 42 miliardi di euro nel 2003 e costituisce il 48,7% dell'intero ammontare di risorse dedicato al SSN.

La razionalizzazione delle reti ospedaliere è già stata attivata in molte regioni ma ancora rimane un importante obiettivo di programmazione sanitaria per diverse realtà locali. Infatti nell'ultima Intesa in Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005 le Regioni si sono impegnate ad adottare gli opportuni provvedimenti per la riduzione dei tassi di ospedalizzazione complessivi entro il 180 per 1.000 e la dotazione strutturale di posti letto a valori non superiori a 4,5 per 1.000, comprensivi di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, con una variazione che non può superare in ogni caso il 5% in più in rapporto alle diverse strutture demografiche.

Il mutare della domanda sanitaria, soprattutto a seguito delle modifiche demografiche in atto, lo sviluppo della tecnologia che consente di erogare prestazioni di provata sicurezza ed efficacia anche al di fuori del contesto ospedaliero e di monitorare al proprio domicilio i pazienti affetti da patologie croniche, il nuovo ruolo degli ospedali chiamati a fornire prestazioni di alto livello, continuano a spostare l'attenzione dall'ospedale al territorio. Da qui ovviamente la promozione del livello di assistenza territoriale con l'attivazione di programmi di assistenza domiciliare integrata, il superamento dell'assistenza primaria basata sul rapporto individuale tra medico e paziente e il consolidamento di interventi di assistenza residenziale e semiresidenziale a forte integrazione socio-sanitaria.

La razionalizzazione della rete ospedaliera non può non tener conto dei processi operativi e organizzativi condotti anche all'interno delle strutture ospedaliere. Già con il DPCM dei Lea del 29 novembre 2001 si è sottolineata la necessità di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere sia spostando l'erogazione verso idonei regimi assistenziali alternativi al ricovero ordinario sia sviluppando e implementando corretti percorsi diagnostici e terapeutici, da intendersi non solo in ambito ospedaliero, ma anche territoriale.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005 aveva dato un notevole rilievo alla garanzia dell'equità per l'intero sistema, alla promozione della qualità, al raggiungimento dell'efficienza. Gli strumenti individuati erano quello di evidenziare le disuguaglianze e le iniquità al fine di promuovere le opportune azioni correttive e migliorative, collaborare con le istituzioni regionali e locali per valutare le realtà sanitarie e migliorarle, tracciare le linee dell'innovazione e del cambiamento.

Sono indicazioni ancora valide: garantire equità significa verificare e contrastare le iniquità che si riscontrano nell'accessibilità ai servizi, conseguire appropriatezza e qualità delle cure, ridurre la mobilità dei pazienti quando questa deriva dalla carenza nel territorio di strutture sanitarie idonee a fornire le prestazioni di qualità richieste.

Il miglioramento della qualità può essere perseguito solo con un approccio di sistema che comprende elevati livelli di efficacia e di efficienza nell'erogazione dell'assistenza, promozione della salute e nel contempo equilibrio fra complessità e urgenza delle prestazioni e tempestività nell'erogazione. Il controllo dei costi e in genere degli aspetti finanziari, elementi alla base degli obiettivi di efficienza di un sistema, non possono dominare la scena ma essere conseguenti alla garanzia di qualità delle prestazioni rese.

Alla luce delle precedenti considerazioni nel capitolo seguente si sono sviluppati i seguenti aspetti dell'assistenza ospedaliera. Innanzitutto si è monitorato l'attuale assetto delle risorse sul territorio con evidenziazione delle strutture dedicate all'emergenza. Nel contempo si è valutata la domanda che emerge dal territorio, soddisfatte dalle strutture ospedaliere nelle modalità di erogazione ordinaria e di day hospital. Un accenno poi all'attività erogata e ai principali indicatori di efficienza hanno completato il quadro dell'assistenza ospedaliera.

Un focus particolare è stato dedicato alla valutazione dell'appropriatezza organizzativa con l'elaborazione di indicatori sull'utilizzo della day surgery e del day hospital per i DRG rispettivamente chirurgici e medici ad elevato rischio di inappropriata se erogati in modalità ordinaria.

A completamento del capitolo sono stati introdotti alcuni indici di mobilità ospedaliera ed una valutazione dei principali flussi. Ancora oggi la mobilità ospedaliera rappresenta un fenomeno rilevante in termini quantitativi e soprattutto la sua riduzione un obiettivo importante per la programmazione di investimenti in sanità in ambito locale e regionale.

Posti letto in Terapia Intensiva

Significato. I Reparti di Terapia Intensiva nascono in Italia nel 1969: il DPR 128 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri" pone indicazioni sulla dotazione, da parte di tutti gli ospedali, di un servizio di Anestesia e Rianimazione. Dalla necessità di una gestione uniforme su tutto il territorio del sistema dell'emergenza, il DPR 27/03/1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" sottolinea l'importanza di attribuire alle Regioni maggiori responsabilità nella gestione dei servizi ospedalieri.

Il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96 (DPR 1 marzo 1994) ribadiva l'inadeguatezza della rete dei presidi di Rianimazione e Terapia Intensiva, sulla quale pesano sovente richieste di prestazioni improprie, che rendono problematico l'accoglimento dei soggetti aventi necessità indilazionabili ed indica l'esigenza di uniformare il numero dei posti attivi di Rianimazione e Terapia Intensiva alla media europea (passaggio dal 2% al 3% del totale dei posti letto per acuti), con articolazione differenziata inizialmente su almeno due livelli.

Percentuale di posto letto in terapia intensiva

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Posti letto in Terapia Intensiva}}{\text{Posti letto totali}} \times 100$$

Benchmark. La percentuale dei posti letto di Terapia Intensiva (TI) rispetto ai posti letto totali dovrebbe essere del 3% (Linee Guida n° 1/1996, Ministero della Salute).

Descrizione dei risultati

In Italia, nel periodo 1992-2003 la percentuale dei posti letto in TI rispetto ai totali è costantemente aumentata: da 0,67 a 0,82% nel periodo 1992-96, fino a 1,48% nel 2003. Nel grafico sono state riportate le variazioni percentuali: in media vi è stata un'im-

mentazione del 47%; in alcune regioni l'aumento è importante, come in Veneto e Calabria in cui il numero di posti letto è raddoppiato od in altre (Puglia, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna) in cui la variazione percentuale è stata di circa il 60%.

In Lazio e Valle d'Aosta, per la riduzione dei posti letto totali, la proporzione di quelli TI è aumentata, anche se di fatto non c'è stata una reale creazione di posti letto nuovi.

In tutte le regioni si è ancora lontani dallo standard del 3%.

Tabella 1 - Percentuale dei posti letto in terapie intensive, per regione - Anni 1992, 1996, 2000, 2002, 2003

Regioni	1992	1996	2000	2002	2003
Piemonte	1,04	0,98	1,38	1,47	1,58
Valle D'Aosta	0,96	0,90	1,02	1,18	1,25
Lombardia	0,72	0,79	1,33	1,42	1,50
Bolzano-Bozen	1,04	1,23	1,51	1,54	1,51
Trento	0,42	0,45	0,70	0,56	0,68
Veneto	0,49	0,79	1,35	1,66	1,76
Friuli - Venezia Giulia	0,51	0,76	1,18	1,34	1,38
Liguria	0,69	0,96	1,54	1,79	2,03
Emilia Romagna	0,81	1,07	1,41	1,74	1,80
Toscana	0,70	0,93	1,45	1,53	1,55
Umbria	0,58	0,69	1,03	1,22	1,32
Marche	0,58	0,75	1,20	1,43	1,48
Lazio	0,88	0,89	1,33	1,27	1,36
Abruzzo	0,78	0,80	1,48	1,48	1,48
Molise	1,08	1,78	1,56	1,80	1,50
Campania	0,70	0,92	1,47	1,45	1,52
Puglia	0,33	0,49	0,86	0,97	0,99
Basilicata	0,38	0,30	0,68	1,11	1,14
Calabria	0,38	0,46	0,80	0,92	1,08
Sicilia	0,52	0,78	1,21	1,30	1,35
Sardegna	0,79	0,86	1,09	1,33	1,47
Italia	0,67	0,82	1,28	1,40	1,48

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. S.I.S 2005

Percentuale dei posti letto in terapie intensive. Anno 1992



Percentuale dei posti letto in terapie intensive. Anno 2003



Raccomandazioni di Osservasalute

Con le Linee Guida n°1 del 1996 del Ministero della Salute, emanate in applicazione del DPR 27/03/92, diventa compito delle regioni il potenziamento dei posti letto di terapia intensiva, che, dovrebbero essere pari al 3% dei posti letto totali come indicato già nel PSN quale traguardo da raggiungere nel triennio 1994-96.

Di fatto, la carenza di risorse economiche ha impedito il raggiungimento dello standard previsto e, nel 2002 i posti letto di TI rappresentavano soltanto l'1,48% dei totali. Ancora lontani dall'obiettivo del 3%, nell'immediato diventa essenziale la corretta gestione dei posti disponibili, supportata peraltro dalla terapia subintensiva, che ha lo scopo di accogliere i pazienti subcritici, che non possono essere ricoverati in regime ordinario, e dare la priorità a quei pazienti che effettivamente necessitano di un trattamento intensivo.

Sono di recente stesura le "Raccomandazioni per l'ammissione e la dimissione dalla Terapia Intensiva e per la limitazione dei trattamenti in Terapia Intensiva" della Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Il documento, orientato verso la bioetica clinica, definisce i criteri di valutazione dell'appropriatezza del ricovero e della dimissione dalla TI: i fattori clinici rilevanti, le limitazioni al ricovero ordinate secondo priorità predefinite, la limitazione delle terapie di sostegno vitale non appropriate per eccesso, i principi etici su cui fondare le decisioni.

Strutture trasfusionali rispondenti al Registro Nazionale del Sangue e del Plasma in Italia

Dott.ssa Liviana Catalano

Le attività trasfusionali in Italia sono regolate dalla legge n° 107/1990 che prevede la loro organizzazione in strutture trasfusionali (ST) ospedaliere, che comprendono i servizi di immunoematologia e trasfusione (SIT) operanti in bacini di utenza con una popolazione di almeno 400.000 abitanti con un minimo di uno per provincia, e in centri trasfusionali che operano ad integrazione dei SIT laddove il bacino di utenza superi i 400.000 abitanti. Inoltre collegate alle ST vi possono essere le unità di raccolta che sono strutture fisse o mobili finalizzate alla raccolta del sangue e del plasma. Successivamente, al fine di ottimizzare l'organizzazione delle ST, è stato proposto di introdurre il modello dipartimentale di medicina trasfusionale con una operatività definita dalla programmazione regionale avente le funzioni di coordinare sul piano tecnico scientifico ed organizzativo le attività trasfusionali, di concentrare le attività produttive e di favorire lo sviluppo e la partecipazione del volontariato. Pertanto allo stato attuale alcune regioni inviano i dati del Registro regionale del sangue accorpando i dati secondo il modello dipartimentale, mentre altre regioni, pur avendo definito i dipartimenti, continuano a inviare i dati relativi a tutte le ST che esistono sul territorio. Questo consente una analisi molto dettagliata delle singole realtà trasfusionali. E' da segnalare infine che in altre regioni ancora, fino ad oggi non si è ritenuto di provvedere alla riorganizzazione delle ST.

Le ST in Italia si occupano sia di eseguire attività di produzione che di servizio. Le attività di produzione comprendono i controlli di idoneità alla donazione dei donatori volontari, la raccolta, la tipizzazione, la lavorazione, la validazione, e la conservazione del sangue e degli emocomponenti, e sono volte a garantire la costante disponibilità di sangue, emocomponenti ed emoderivati. Le attività di servizio includono l'assegnazione e la distribuzione di sangue ed emocomponenti al fine di assicurare una terapia trasfusionale mirata ed efficace.

Le ST comunicano all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) i dati relativi alla loro attività annuale mediante il Registro Nazionale del Sangue e del Plasma (RNSP), un flusso informativo stabile tra le singole ST e l'ISS mediato dai Centri Regionali di Coordinamento e Compensazione (CRCC) e in alcuni casi dagli Assessorati alla Sanità (AS). Le 309 strutture sono state censite secondo quanto comunicato ufficialmente all'ISS dagli AS e/o dai CRCC e sono state poste a confronto con le strutture che hanno inviato il RNSP. Tutte le ST esistenti hanno inviato i dati relativi alla propria attività singolarmente o accorpate con altre ST.

In tabella 1 è riportato il numero di tutte le ST che operano sul territorio nazionale suddivise per regioni. Le apparenti discrepanze che si osservano tra le ST censite e le ST rispondenti al RNSP sono da attribuire prevalentemente alla Lombardia dove è stata attuata la trasformazione delle ST in dipartimenti. Infatti i dati sono stati inviati secondo tale divisione fin dal 2000. La Puglia al contrario pur dichiarando 13 ST, invia dati che si riferiscono a 27 strutture precedentemente esistenti e ancora attive. Il numero totale delle ST rispondenti è rimasto invariato nel 2002 rispetto al 2003 grazie a variazioni in positivo in Lazio e Piemonte e in negativo in Puglia e Friuli-Venezia Giulia.

La situazione organizzativa italiana se da un lato permette livelli di attività trasfusionale facilmente collegabili con le attività cliniche, con maggiori possibilità di sviluppare la medicina trasfusionale e la ricerca (es: cellule staminali, prodotti per uso topico), d'altro canto presenta lo svantaggio di avere costi elevati e condizioni non uniformi delle attività trasfusionali sul territorio nazionale. E' in fase di approvazione la nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati che è stata concepita per migliorare la qualità del servizio trasfusionale e garantire una più efficace tutela della salute dei cittadini attraverso il conseguimento dei più alti livelli di sicurezza raggiungibili, nell'ambito di tutto il processo finalizzato alla donazione e trasfusione di sangue. Le strutture trasfusionali rispondenti al Registro Nazionale del Sangue e del Plasma (RNSP) sono suddivise in classi di ampiezza relativamente ai donatori e alle donazioni di sangue, allo scopo di conoscere qual è il carico di lavoro che sopporta una Struttura Trasfusionale (ST) in base a questi due parametri.

I requisiti necessari per poter donare e le caratteristiche e le modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti sono regolati da recenti dettati ministeriali. In particolare il donatore viene definito come una persona sana che dona volontariamente sangue o emocomponenti a fini terapeutici, a titolo gratuito e volontario. Può donare sangue intero una persona di età compresa tra i 18 e i 65 anni con un peso di almeno 50 Kg con una periodicità massima di quattro volte in un anno per l'uomo e due per la donna, con un intervallo minimo tra due donazioni di novanta giorni. Nel 2003 hanno donato sangue 1.400.000 donatori variamente distribuiti sul territorio nazionale. Le 2.180.000 unità di sangue raccolte sono state sufficienti a coprire il fabbisogno nazionale grazie alle cessioni, da parte delle regioni in grado di raccogliere più sangue del fabbisogno interno

e all'acquisizione, da parte delle regioni non in grado di raccogliere il sangue necessario a soddisfare le necessità interne. Le 300 strutture trasfusionali che inviano i loro dati all'Istituto Superiore di Sanità attraverso il registro del sangue e del plasma sono state suddivise in 6 classi di ampiezza sia per il numero di donatori che per le donazioni di sangue. Da questa analisi risulta che il 59% delle ST rispondenti accoglie da 1.000 a 5.000 donatori in un anno mentre solo 7 ST accolgono più di 20.000 donatori anno. Analizzando le unità di sangue raccolto dalle ST si osserva che la classe di ampiezza che prevale è ancora quella corrispondente alla raccolta di un numero di donazioni di sangue compresa tra 1.000 e 5.000 unità annue. Questo significa che se consideriamo un anno di 300 giorni lavorativi, si recano mediamente presso la maggior parte delle ST da un minimo di 3 a un massimo di 17 donatori al giorno. Analizzando le unità di sangue raccolto dalle ST si osserva che la classe di ampiezza che prevale è ancora quella corrispondente alla raccolta di un numero di donazioni di sangue compresa tra 1.000 e 5.000 unità annue. La particolare organizzazione del sistema trasfusionale nazionale che associa le attività di produzione alle attività di servizio presso le ST ha determinato un numero di ST abbastanza elevato. A livello nazionale possiamo calcolare un indice di donazioni per il sangue intero pari a 1,6 unità con un totale di 24 donatori e 38 unità raccolte/1.000 ab.

Tabella 1 - Distribuzione geografica dei centri trasfusionali e strutture trasfusionali rispondenti - Anno 2003

Regioni	Strutture censite	Strutture rispondenti	
	2002*	2002	2003
Piemonte	20	20	21
Valle d'Aosta	1	1	1
Lombardia	36	15	15
Bolzano-Bozen	4	2	2
Trento	3	2	2
Veneto	19	19	19
Friuli-Venezia Giulia	6	7	6
Liguria	12	12	12
Emilia-Romagna	13	13	13
Toscana	40	40	40
Umbria	4	4	4
Marche	12	12	12
Lazio	23	23	25
Abruzzo	13	10	10
Molise	3	3	3
Campania	22	22	22
Puglia	13	29	27
Basilicata	4	4	4
Calabria	12	12	12
Sicilia	32	33	33
Sardegna	13	13	13
Strutture militari	4	4	4
Totale	309	300	300

* Dati riportati nella "Mappa delle Strutture Trasfusionali esistenti sul territorio nazionale" (aggiornamento 2002), disponibili sul sito ISS. I dati vengono forniti aggregati in 15 dipartimenti.

Tra i paesi europei, solo in Italia e Svezia i centri trasfusionali sono collegati agli ospedali pubblici e svolgono sia attività di produzione che di servizio. Nella maggioranza degli altri paesi i centri trasfusionali sono strutture extraospedaliere che si occupano esclusivamente delle attività di produzione, mentre le attività di servizio sono affidate a banche del sangue ospedaliere. In particolare in Francia dal primo gennaio 2000 è stato istituito "l'Établissement Français du Sang" (EFS) che raggruppa tutte le attività trasfusionali in un unico istituto nazionale che ha il fine di assicurare il soddisfacimento delle necessità dei prodotti sanguigni labili. L'EFS è costituito da 14 istituti regionali e 4 nelle ex colonie. Questo raggruppamento grazie ai 200 centri di raccolta mobili o fissi permette una raccolta capillare tale da soddisfare le esigenze dei donatori e dei pazienti.

Nel Regno Unito il "Blood Transfusion Services" comprende quattro servizi nazionali il National Blood Service in England che è governato da una Authority, la Scottish National Blood Transfusion Service, la Northern Ireland Blood Transfusion Services e il Welsh National Blood Service che sono diretti da agenzie. In totale vi sono circa 20 strutture trasfusionali con centri di raccolta fissi o mobili che garantiscono la costante disponibilità di sangue. A livello internazionale il parametro di riferimento è di 40 unità di sangue per 1.000 abitanti. In Francia nel 2002 sono state raccolte 2.241.000 unità di sangue intero da 1.500.000 donatori totali con 25 donatori ogni mille abitanti che donano 42 unità di sangue/1.000 ab. Nel Regno Unito nello stesso

anno vi sono 26 donatori/1.000 ab. che donano 43 unità/1.000 ab.

Il sangue e i suoi componenti sono strumenti terapeutici, disponibili in quantità limitata, che rivestono un ruolo fondamentale nella terapia medica e chirurgica. Essi costituiscono il presupposto necessario per l'attuazione di tecniche trapiantologiche e di chirurgia maggiore oltre che il medicamento indispensabile e insostituibile per la vita di numerosi pazienti affetti da patologie croniche, quali ad esempio la talassemia e degenerative come le neoplasie. Pertanto la richiesta di sangue ed emocomponenti è sempre in aumento. E' quindi importante incentivare il numero di donazioni soprattutto da donatori periodici aumentando l'indice di donazione sia per garantire il necessario approvvigionamento, soprattutto nei periodi estivi, in cui viene generalmente segnalata una maggiore carenza, che per soddisfare le necessità sempre crescenti legate alle nuove tecniche chirurgiche. D'altronde è altrettanto importante procedere al prelievo di sangue solo quando vi sia una ragionevole probabilità che il sangue donato trovi un ricevente e, qualora ciò non dovesse essere possibile, è fondamentale indirizzare il donatore di sangue verso altre modalità di donazione quali ad esempio le procedure aferetiche che permettono di prelevare plasma o piastrine.

Riferimenti bibliografici

Mappa delle strutture trasfusionali esistenti sul territorio nazionale (aggiornamento 2002) Roma Istituto Superiore di Sanità, 2003 strumenti di riferimento 03/S1.

Decreto 5 novembre 1996: Indicazioni per l'istituzione del Registro del sangue e del plasma in ciascuna regione e provincia autonoma. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie Generale n° 292 del 13-12-1996.

Catalano L., Abbonizio F., Giampaolo A., HJ Hassan Registro nazionale del sangue e del plasma. Rapporto 2003. Roma, Istituto Superiore di Sanità 2004. Rapporti ISTISAN 04/36.

Decreto del presidente della Repubblica 7 aprile 1994 Approvazione del piano per la razionalizzazione del sistema trasfusionale italiano per il triennio 1994-1996 Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie Generale n° 93 del 22-04-1994.

Decreto Ministeriale 1 marzo 2000 Adozione del progetto relativo al piano nazionale sangue e plasma per il triennio 1999-2001 Gazzetta Ufficiale n° 73 del 28-03-2000.

Decreto 3 marzo 2005 Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti Gazzetta Ufficiale n° 85 del 13 aprile 2005.

Decreto 3 marzo 2005 Caratteristiche e modalità per la donazione del sangue e di emocomponenti Gazzetta Ufficiale n° 85 del 13 aprile 2005.

Catalano L., Abbonizio F., Giampaolo A., HJ Hassan Registro nazionale del sangue e del plasma. Rapporto 2003. Roma, Istituto Superiore di Sanità 2004. Rapporti ISTISAN 04/36.

Dipartimenti di emergenza e Accettazione (DEA)

Significato. Il sistema di accettazione ed emergenza sanitaria a carattere dipartimentale (DEA), rappresenta il secondo livello d'intervento le cui funzioni principali sono quelle di assicurare i primi accertamenti e interventi diagnostico terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici, necessari alla stabilizzazione del paziente. Le unità operative appartenenti a un DEA sono interdipendenti dal punto di vista organizzativo e funzionale, mantenendo la propria autonomia e responsabilità clinico-assisten-

ziale e condividendo un comune codice di comportamento assistenziale al fine di assicurare una risposta rapida, completa e in collegamento con le strutture operanti sul territorio.

Gli ospedali sedi di DEA di secondo livello sono in grado di assicurare, oltre alle prestazioni fornite dai DEA di primo livello, le funzioni di alta specialità legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica.

Tasso di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di primo e secondo livello

$$\text{Tasso} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Numeratore Numero di Dipartimenti di emergenza e accettazione di primo e secondo livello

Denominatore Popolazione media regionale

Validità e limiti. La presenza dei DEA rappresenta un macroindicatore di "organizzazione" del sistema regionale di Emergenza Urgenza.

Benchmark. Il valore raccomandato è di almeno 250.000 abitanti in DEA di primo livello e almeno 500.000 abitanti per i DEA di secondo livello.

Descrizione dei risultati

Nel 2003 i DEA di I° livello in Italia sono 224, quelli di II° livello 128. Rispetto a quanto riportato nel Rapporto Osservasalute 2003, si rileva un incremento

del macroindicatore a livello nazionale. L'analisi dei dati per regione mostra ancora una situazione alquanto eterogenea con un range di valori per quanto riguarda i DEA di primo livello da 0,12 a 0,86 con diverse regioni che si discostano dal valore medio nazionale (0,39); analoga situazione si osserva per i DEA di secondo livello (da 0,06 a 0,82 con valore medio nazionale 0,22). L'indicatore mostra un incremento delle strutture negli ultimi anni e si è andato conformando all'indirizzo fornito alle regioni e province autonome dal DPR 27/3/1992.

Tabella 1 - Tasso di posti letto in DEA di I e II livello, per regione - Anno 2003

Regioni	Numero di DEA per 100.00 abitanti*		
	DEA I°	DEA II°	Totale DEA
Piemonte	0,49	0,19	0,68
Valle d'Aosta	0,00	0,82	0,82
Lombardia	0,47	0,16	0,63
Bolzano-Bozen	0,42	0,42	0,85
Trento	0,20	0,00	0,20
Veneto	0,39	0,28	0,67
Friuli-Venezia Giulia	0,75	0,33	1,08
Liguria	0,32	0,19	0,51
Emilia-Romagna	0,29	0,20	0,49
Toscana	0,45	0,28	0,73
Umbria	0,47	0,24	0,71
Marche	0,86	0,20	1,06
Lazio	0,31	0,21	0,52
Abruzzo	0,78	0,54	1,32
Molise	0,62	0,62	1,24
Campania	0,30	0,26	0,56
Puglia	0,12	0,17	0,30
Basilicata	0,50	0,17	0,67
Calabria	0,60	0,00	0,60
Sicilia	0,20	0,30	0,50
Sardegna	0,30	0,06	0,37
Italia	0,39	0,22	0,61

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

Tasso di posti letto in DEA di I e II livello, per regione. Anno 2003



Raccomandazioni di Osservasalute

Il potenziamento del sistema di emergenza ed accettazione rappresenta uno degli obiettivi strategici del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 per far fronte al progressivo aumento della domanda di prestazioni. Spetta alle regioni, in attuazione di specifiche norme nazionali che definiscono i macrolivelli assistenziali e gli obiettivi del sistema, definire le modalità organizzative in relazione alle specifiche esigenze territoriali, salvaguardando alcuni requisiti di uniformità in tutto il territorio nazionale. E' di fondamentale importanza, accanto ai processi di riorganizzazione strutturale, la predisposizione di specifici protocolli operativi per avviare processi di integrazione tra servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati che consentano una migliore ed appropriata gestione delle urgenze.

Centrali Operative 1.1.8.

Significato. L'Emergenza sanitaria è organizzata in un sistema di allarme sanitario basato sulle Centrali Operative che rispondono al numero unico 1.1.8., organizzato prevalentemente su base provinciale, e un sistema di accettazione e emergenza sanitaria a carattere dipartimentale (DEA). Le Centrali Operative rispondono a requisiti tecnologici, strutturali ed orga-

nizzativi di elevato grado di autonomia funzionale e con precise qualificazioni e responsabilizzazioni di personale medico e sanitario.

Un numero adeguato di Centrali Operative sul territorio è indice di efficienza gestionale del sistema in termini di risposta tempestiva e con mezzi adeguati alle chiamate di intervento di emergenza sanitaria.

Rapporto di centrali operative 1.1.8.

Numeratore	Numero di centrali operative 1.1.8.
Denominatore	Numero di province della regione

Validità e limiti. Il bacino di utenza controllato da una Centrale Operativa è identificato con il territorio di ogni singola Provincia, fatte salve le esigenze di particolari aree metropolitane, tra loro in stretto collegamento e coordinamento.

Benchmark. Secondo quanto stabilito dal DPR 27/03/92 e dalle successive Linee Guida n. 1/1996, il valore atteso del rapporto è pari ad 1.

Descrizione dei risultati

Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute, il numero di centrali operative attive sul territorio nazio-

nale in relazione alle province è sovrapponibile al valore atteso dalla normativa citata (1,0). Tuttavia è presente una certa variabilità tra le regioni. Nelle regioni Basilicata, Molise, Sicilia e Sardegna le centrali operative non coprono tutti i territori provinciali, in tutte le altre regioni è presente almeno una centrale per provincia, in Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Campania sono presenti più di una centrale in alcune realtà provinciali particolari. Rispetto al dato riportato dal Rapporto Osservasalute 2003, sono state attivate centrali operative in Basilicata, Puglia e Campania.

Tabella 1 - Centrali operative 1.1.8. per regione (Numero province, Numero centrali operative e Rapporto) – Anno 2003

Regioni	Numero province	Numero centrali	Rapporto
Piemonte	8	8	1,0
Valle d'Aosta	1	1	1,0
Lombardia	11	12	1,1
Bolzano-Bozen	1	1	1,0
Trento	1	1	1,0
Veneto	7	7	1,0
Friuli-Venezia Giulia	4	4	1,0
Liguria	4	5	1,3
Emilia-Romagna	9	10	1,1
Toscana	10	12	1,2
Umbria	2	3	1,5
Marche	4	4	1,0
Lazio	5	5	1,0
Abruzzo	4	4	1,0
Molise	2	1	0,5
Campania	5	9	1,8
Puglia	5	5	1,0
Basilicata	2	1	0,5
Calabria	5	5	1,0
Sicilia	9	4	0,4
Sardegna	4	2	0,5
Italia	103	104	1,0

Fonte dei dati e anno di riferimento: www.1.1.8italia.net

Raccomandazioni di Osservasalute

A partire dall'inizio degli anni '90 il sistema di emergenza sanitaria in Italia si è progressivamente conformato all'indirizzo fornito alle Regioni e Province autonome dal DPR del 27/3/1992. Attualmente si rileva una situazione di totale copertura al Nord, mentre al Centro –Sud la presenza di centrali operative è alquanto disomogenea. Il potenziamento dei servizi di Urgenza ed Emergenza, attraverso la riorganizzazione strutturale dei Pronto soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione, l'integrazione del territorio con l'Ospedale, l'integrazione della rete delle alte specialità, rappresenta uno dei dieci progetti per la strategia del cambiamento contenuta nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. In tale contesto la Centrale operativa assume il ruolo di "regia" nel coordinamento di tutti gli interventi di soccorso, rappresentando il principale interlocutore a livello provinciale.

Elisoccorso

Significato. L'elisoccorso rappresenta un'importante risorsa del sistema di Emergenza/Urgenza Sanitaria, permettendo il trasporto del paziente critico in piena sicurezza e senza interruzione dell'assistenza, con il vantaggio della copertura anche di zone non raggiungibili altrimenti via terra.

Spetta alla Centrale Operativa coordinare, nell'ambito di tutto il sistema, l'attività delle eliambulanza, sulla base di protocolli condivisi a livello regionale o di Provincia Autonoma.

L'elisoccorso svolge sia attività di soccorso vero e proprio, o interventi di tipo "primario", che prevedo-

no il trattamento e l'eventuale trasferimento del paziente dal luogo in cui si è verificato l'evento acuto al presidio ospedaliero più idoneo, sia il trasporto assistito tra strutture ospedaliere, anche programmabile, garantendo la continuità assistenziale.

Inoltre, l'impiego di aeromobili è previsto anche in caso di salvataggio, soccorso e trasporto nelle emergenze di massa, necessità di trasporto urgente di sangue, plasma e loro derivati, antidoti, farmaci rari, equipe e materiale a fini di prelievo o trapianto d'organi o tessuti.

Tasso basi di elisoccorso

Numeratore	Numero di basi elisoccorso	$\frac{\quad}{\quad} \times 100.000$
Denominatore	Popolazione media residente	

Superficie occupata da basi di elisoccorso

Numeratore	Numero di basi elisoccorso	$\frac{\quad}{\quad} \times 1.000$
Denominatore	Superficie regionale (Km ²)	

Validità e limiti. Le Linee guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero del febbraio 2005, definiscono i parametri per l'identificazione del numero delle basi necessarie a livello regionale, che non potrà prescindere dalla valutazione della morfologia territoriale, della densità demografica e dei flussi turistici, della dislocazione e potenzialità della rete ospedaliera.

Inoltre la normativa precisa che, in ogni caso, il soccorso sanitario primario deve essere garantito nell'ambito di un tempo non superiore a 20 minuti di volo.

Per far fronte ad esigenze legate sia alla distribuzione della popolazione, sia alle caratteristiche orografiche del territorio, il numero di basi è posto in relazione al bacino d'utenza ed alla superficie regionale.

Viene, inoltre, specificato il numero di basi predisposte al volo notturno che, come evidenziato nelle Linee Guida, consentono una migliore integrazione della rete di emergenza con la rete ospedaliera sul territorio.

Benchmark. Non esiste una precisa indicazione per il numero di basi di elisoccorso nella normativa nazionale, che si limita a definirne i parametri per la distribuzione sul territorio.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale sono presenti 45 basi di elisoccorso di cui solo 7 attrezzate per il volo notturno.

Valutando il rapporto tra numero di basi e popolazione (0,1 basi per 100.000 abitanti) e il rapporto basi e superficie (0,1 per 1.000 km²) a livello nazionale, si osserva che le singole regioni si distribuiscono in modo piuttosto uniforme rispetto alla media. Unica eccezione è la Valle d'Aosta con un numero di basi rispetto al bacino di utenza pari a 1,6 per 100000 abitanti e un numero di basi per superficie pari a 0,6 per 1.000 kmq.

Piemonte e Lombardia presentano il maggior numero di basi (5), seguite dalla Sicilia (4). Ne sono, invece, totalmente prive l'Umbria, il Molise e la Sardegna. Se valutiamo i dati riguardanti il numero di basi abilitate anche al volo notturno, riscontriamo una situazione che dovrebbe essere implementata: soltanto la Sicilia ne possiede due, la Provincia Autonoma di Bolzano, Toscana, Lazio, Campania e Basilicata una sola. Tutte le restanti regioni non hanno nemmeno una base attrezzata.

Raccomandazioni di Osservasalute

A causa dei limiti meteorologici, degli elevati costi e dei rischi sia per gli equipaggi sanitari sia per i pazienti, il servizio elisoccorso risulta integrativo e non sostitutivo dei più tradizionali sistemi del soccorso; tuttavia, negli ultimi anni il suo utilizzo nelle attività di emergenza è diventato sempre più frequente, per l'estrema versatilità e la possibilità di operare in tempi ristretti su un vasto territorio e di assicurare l'inter-

Tabella 1 - Basi elisoccorso, per regione, riferite al territorio ed al bacino d'utenza - Anno 2004

Regioni	Numero basi elisoccorso	Numero basi attrezzate per volo notturno	Tasso Basi di elisoccorso	Superficie occupata da basi di elisoccorso
Piemonte	5	0	0,1	0,2
Valle d'Aosta	2	0	1,6	0,6
Lombardia	5	0	0,0	0,2
Bolzano-Bozen	3	1	0,6	0,4
Trento	2	0	0,4	0,3
Veneto	3	0	0,1	0,2
Friuli-Venezia Giulia	1	0	0,1	0,1
Liguria	1	0	0,1	0,2
Emilia-Romagna	3	0	0,1	0,1
Toscana	3	1	0,1	0,1
Umbria	0	0	0,0	0,0
Marche	1	0	0,1	0,1
Lazio	3	1	0,1	0,2
Abruzzo	2	0	0,1	0,2
Molise	0	0	0,0	0,0
Campania	2	1	0,0	0,1
Puglia	1	0	0,0	0,0
Basilicata	1	1	0,2	0,1
Calabria	3	0	0,1	0,2
Sicilia	4	2	0,1	0,1
Sardegna	0	0	0,0	0,0
Italia	45	7	0,1	0,1

Fonte dei dati ed anno di riferimento: www.1.1.8italia.net

vento tempestivamente (entro 20 minuti) su di un raggio di circa 70-80 Km dalla base, con la disponibilità di idonee apparecchiature di rianimazione.

Per questa ragione è opportuno che le regioni attualmente prive di basi sul loro territorio (Umbria, Molise e Sardegna) mettano in atto studi di fattibilità per la collocazione di almeno una base di elisoccorso o che, ove possibile, sottoscrivano accordi, così come previsto nelle Linee Guida, con le regioni confinanti.

E' importante che il servizio venga implementato con la dotazione di basi abilitate anche al volo notturno (attualmente su tutto il territorio nazionale sono solo 7) e l'eventuale collocazione di basi in zone strategiche, seppur limitatamente a periodi di tempo determinati, come servizi stagionali, in relazione ad esempio ai flussi turistici.

Riferimenti normativi

Linee Guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero. Febbraio 2005.

Basi di Elisoccorso. Anno 2004



Case study : la rete dell'emergenza nella regione Lazio. Applicazione di tecniche di social network analysis

Prof. Americo Cicchetti, Dott.ssa Gabriella Guasticchi

Considerando una rete organizzativa particolarmente complessa come quella dell'emergenza di una regione, lo studio cerca di comprendere le modalità di funzionamento della stessa attraverso una osservazione congiunta degli attributi dei nodi della rete (gli ospedali con unità di emergenza a diversa complessità) e le relazioni tra tali nodi (in particolare il trasferimento dei pazienti da un "nodo" all'altro).

Questo studio si inserisce in un progetto più ampio (Progetto "Minorel") finanziato dal Ministero della Salute alla regione Lazio nell'ambito dei "programmi speciali ex art. 12bis, D.lgs n. 229/99" esercizio 2002.

Al fine di erogare servizi di emergenza sul territorio, la regione Lazio prevede un'articolazione su base geografica delle strutture che erogano servizi di emergenza. Tale articolazione riguarda la definizione di specifiche aree, che rappresentano il modello organizzativo con cui il sistema di emergenza fornisce "risposta" alle necessità ed esigenze della popolazione di riferimento (L.G. 13-07-1994 n. 33).

La regione Lazio è stata tra le prime a dotarsi di un assetto strutturato di emergenza ed urgenza supportato, ai fini informativi, da un sistema informatico dedicato, Sistema Informativo per le Emergenze Sanitarie (SIES) attivo fin dal 1998 in grado di fornire dati affidabili sull'attività di emergenza e urgenza della regione. La regione, per l'eccellenza dimostrata in questo ambito sta coordinando, presso il Ministero della Salute il "Mattone" relativo all'area dell'emergenza. Per tenere conto delle specifiche capacità delle diverse strutture di dare risposta a casi più o meno gravi, il modello organizzativo ha previsto tre diversi livelli di complessità: il primo livello composto dai Pronti soccorso (PS), abilitati a fronteggiare emergenze di gravità medio-bassa; il secondo composto dai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di primo livello, che fronteggiano emergenze di livello intermedio; il terzo livello composto da tutti i DEA di secondo livello, ovvero da strutture in grado di far fronte ai casi più gravi.

In questo studio l'analisi dei flussi è avvenuta rilevando i movimenti di pazienti tra 58 strutture di emergenza localizzate nella regione Lazio (Dati SIES 2003; Fonte: ASP Lazio). I dati in particolare riguardano sia il numero "grezzo" di pazienti trasferiti tra le diverse strutture di emergenza, che il numero "pesato" per tenere conto della gravità della casistica (triage).

I dati relazionali sono stati operativamente raccolti in "matrici di adiacenza" o matrici quadrate (di tipo $n \times n$) di dimensione 58×58 e, grazie all'applicazione di algoritmi matematici codificati, abbiamo computato alcuni indicatori sintetici per l'analisi della struttura relazionale della "rete" ottenendo informazioni utili per una valutazione della sua "efficacia". Attraverso l'utilizzo di tecniche di social network analysis sono stati rilevati i trasferimenti di pazienti tra diverse unità di emergenza. Il numero complessivo di questi trasferimenti, nell'anno 2003 è stato di circa 14.000 pazienti. Questi trasferimenti hanno natura "istituzionale" se avvengono, *de iure*, ovvero secondo quanto dettato dalle disposizioni di legge (DGR. 4238/97). I rimanenti trasferimenti, che al contrario non rispondono a criteri istituzionali, sono stati considerati "*de facto*".

La quota di trasferimenti *de facto* appare significativa e gli approfondimenti di analisi hanno mostrato che molti di questi trasferimenti hanno una loro logica sotto il profilo clinico-organizzativo. In altri casi questi trasferimenti devono essere analizzati con attenzione per verificarne l'effettiva appropriatezza. Un criterio di appropriatezza è quello della "contiguità geografica" dei nodi coinvolti nel trasferimento.

Al fine di verificare la relazione esistente tra la contiguità geografica dei nodi e la numerosità dei pazienti trasferiti, l'utilizzo di tecniche di correlazione lineare di tipo QAP (quadratic assignment procedure) ha consentito di confrontare la matrice dei trasferimenti con quella delle distanze chilometriche rilevate tra le strutture della rete di emergenza, evidenziando la presenza di flussi significativi tra nodi della rete geograficamente vicini, ancorché non appartenenti alla stessa area di emergenza (7.687 trasferimenti "*de facto*" su 14.163 trasferimenti totali = 54,28%).

L'analisi dei dati relativi ai trasferimenti di pazienti in emergenza ha permesso di osservare il grado di rispondenza della rete istituzionale dell'emergenza rispetto alle effettive esigenze emerse dal bacino d'utenza.

La maggior parte dei trasferimenti dei pazienti sul territorio non rispettano quanto previsto a livello istituzionale ma, al contrario, appaiono piuttosto legati alle esigenze di prontezza e immediata risposta che gli operatori del servizio 118 devono essere in grado di poter fornire ad onta della complessità delle organizzative e ambientali presenti.

Il costante monitoraggio della rete di emergenza può permettere di individuare le sinergie attualmente esistenti e suggerire gli opportuni correttivi per consentire agli operatori della rete di emergenza 118 di migliorare il servizio e assicurare interventi programmati, coordinati, integrati e condivisi.

Area di Emergenza - Urgenza: accessi stratificati per gravità con metodo triage nell'Azienda Ospedaliera Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Dott. Renato Malta

Il sistema di emergenza – urgenza nella sua attuale organizzazione trae origine dal DPR 27 marzo 1992, dalle Linee guida sul sistema dell'emergenza sanitaria approvate con l'atto d'intesa tra Stato e regioni, GURI n. 114 del 17 maggio 1996, e dalle Linee guida (LG) sul triage intraospedaliero, secondo l'accordo tra il Ministro della Salute e le regioni del 25.10.2001, GURI n. 285 del 07 dicembre 2001.

La specifica funzione di *triage* a livello ospedaliero ed in particolare nelle unità operative di Pronto Soccorso (PS) sopportanti un carico di accessi non inferiore a 25.000 nell'anno, trova la sua ratio nella necessità di creare una metodologia di lavoro che garantisca l'equità nella erogazione del servizio in base alla gravità clinica ed alla necessità della tempestività delle cure. L'accesso alle aree di Emergenza-Urgenza (EU) continua a rappresentare il punto privilegiato per una assistenza rapida, completa ed approfondita. Anche i pazienti con patologie di pertinenza dei servizi territoriali, percepite come urgenti, trovano approdo nelle strutture ospedaliere, ciò rappresenta l'eccesso di domanda che impone un carico di lavoro non appropriato, assorbe risorse economiche di elevata quantità e mette a dura prova l'organizzazione della diagnostica radiologica e dei laboratori di analisi. Per poter gestire il continuo incremento degli accessi al PS è necessario utilizzare processi standardizzati di accesso in ordine all'equità delle cure per poter garantire una migliore qualità del servizio offerto.

Il metodo *triage* prevede la stratificazione dei pazienti, secondo uno dei quattro codici, al momento dell'accoglienza. I codici sono organizzati secondo quattro colori che classificano il problema come critico o non critico, urgente o non urgente, in modo da stabilire le priorità di intervento. Il personale infermieristico, specificamente formato, assegna il codice, raccoglie i dati anamnestici rilevanti, i sintomi che motivano la richiesta, la loro coerenza con il dato obiettivo e un giudizio di gravità clinica. I dati riportati sono relativi solamente ad alcune regioni e sono ottenuti dai singoli presidi.

Il campione selezionato si riferisce alle unità operative di PS ed i dati evidenziano le consistenti variazioni delle percentuali tra codici uguali di aziende diverse.

Se l'attribuzione del codice è l'espressione di un comportamento e di uno stile di codifica, si osserva omogeneità nella tipologia di paziente assegnati al codice rosso (molto critico, priorità massima; pazienti con compromissione delle funzioni vitali; accesso immediato alle cure) tanto che il range varia da 0,3% a 1,0%. Man mano che ci si sposta verso i codici di minore severità i dati documentano una difformità di comportamento, per cui il range entro cui stanno le percentuali diventa progressivamente più ampio: per il codice giallo (mediamente critico, priorità intermedia) le percentuali variano tra 7,0% ed 11,6%; per il codice verde (poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili) tra 56,3% ed 87,0%, e per il bianco (non critico, pazienti non urgenti) da 3,4% a 31,1%.

E' necessario tenere in considerazione che il controllo continuo del grado di assorbimento di risorse di ciascun centro di costo in relazione alla complessità della casistica trattata, può favorire l'applicazione di un codice di severità in funzione ed a giustificazione delle risorse assorbite.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo, effettua un monitoraggio mensile dei codici di accesso. È stato evidenziato un trend verso il progressivo incremento della percentuale di codice giallo e riduzione del verde, aumento della severità della casistica, il che testimonia un cambiamento rapido e verosimilmente reattivo; la percentuale del codice – colore bianco è la più bassa riscontrata nella casistica nazionale (3,4%).

Il D. L.vo 124/98 prevede il pagamento del ticket per gli accessi con codice bianco, il che sollecita un approfondimento d'indagine al fine di collegare l'incidenza della norma per il rimborso sulla modalità di codifica.

I PS svolgono un ruolo di sicurezza per le categorie più deboli, e quindi la partecipazione alla spesa non ha ridotto gli accessi non urgenti, in quanto il servizio erogato a volte è l'unico possibile e quindi ritenuto soddisfacente.

È necessario sollecitare modelli organizzativi e comportamentali uniformi attraverso l'impegno a concordare modalità di classificazione oggettive e quindi omogenee. È necessario che ogni team di operatori, infermieri e dirigenti medici, verifichi periodicamente, come sollecitano le LG sul triage intra – ospedaliero, la congruità dei codici assegnati. Inoltre è necessario guardare all'attribuzione del codice come ad una prassi con risvolti medico legali. Fondamentale risulta l'attivazione del flusso specifico dei codici – colore degli accessi al PS su tutto il territorio nazionale. La corretta assegnazione del codice – colore di fatto preserva da ipervalutazioni da Medicina Difensiva ed aiuta ad assegnare la giusta quantità di risorse al singolo caso trattato.

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione quantifica la propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Viene calcolato, quindi, come rapporto fra il numero di dimissioni (ovunque effettuate) di soggetti residenti in una data regione e il totale della popolazione residente nella stessa. L'indicatore include i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché vuole misurare l'entità della domanda di ricovero: pertanto, se un paziente viene ricoverato più volte durante l'anno, sarà conteggiato tante volte quanti sono gli episodi di ricovero e cura. Il tasso di ospedalizzazione può essere calcolato distintamente per i

diversi regimi di ricovero (ordinario e diurno), per meglio caratterizzare il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera ed individuare eventuali spostamenti della casistica da un setting assistenziale all'altro.

È importante sottolineare che l'indicatore misura la domanda "soddisfatta" dai servizi sanitari, comprendendo quindi anche le prestazioni inappropriate, mentre non coglie la domanda "insoddisfatta", determinata, in alcuni contesti, dalla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie.

Tasso di dimissione ospedaliera

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente all'inizio dell'anno}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Nel calcolo dell'indicatore sono comprese le dimissioni per acuti, in riabilitazione e in lungodegenza effettuate presso le strutture pubbliche e private accreditate, presenti sul territorio nazionale. Sono esclusi dal computo delle dimissioni i neonati sani e i soggetti stranieri non residenti. Qualche cautela va prestata nella lettura dei tassi di day hospital, a causa delle diverse modalità di registrazione dei cicli e degli accessi da parte delle regioni.

L'indicatore così calcolato esprime tassi grezzi di ospedalizzazione per regione, che risentono della differente composizione demografica regionale; per annullare l'effetto di questa variabilità e confrontare i tassi di ospedalizzazione tra regioni, sono stati quindi calcolati i tassi standardizzati, utilizzando la popolazione residente rilevata al Censimento 2001.

Benchmark. La normativa nazionale vigente (Legge del 23/12/96, n. 662, art. 1) attribuisce al tasso di ospedalizzazione complessivo (inclusa la modalità di day hospital) un valore di riferimento pari al 160 per mille residenti. Successivamente, l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome sancita il 23 marzo 2005 (art. 4 comma 1 punto b) ha fissato il mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e diurni entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%, obiettivi da raggiungere attraverso il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero ed il trasferimento dal regime ordinario a quello diurno di alcune prestazioni sanitarie.

Descrizione dei risultati

Il tasso grezzo di ospedalizzazione in Italia è stato nell'anno 2003 pari a 149,71 per 1.000 abitanti in moda-

lità ordinaria e 62,5 per 1.000 in modalità di day hospital. L'analisi del trend mostra una significativa diminuzione del ricorso al regime ordinario, pari a 156,69 nel 2002 ed a 164,7 per 1.000 nell'anno 2000; per contro, si rileva un deciso aumento dell'ospedalizzazione in day hospital, pari a 57,59 nel 2002 e lievemente inferiore a 47 per 1.000 nel 2000.

La diminuzione dell'ospedalizzazione in regime ordinario è evidente in tutte le regioni, seppure risulti più lieve in Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Lazio e Sardegna. Per quanto riguarda l'attività di Day Hospital, anche nel 2003 si registra un incremento in quasi tutte le regioni, in particolare nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Toscana, Molise e Campania, mentre si evidenzia una lieve diminuzione in Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna.

Relativamente alle differenze territoriali è evidente un gradiente geografico nei tassi di ospedalizzazione per ricovero ordinario, che risultano più elevati nelle regioni dell'area meridionale ed insulare del paese e minori nelle regioni settentrionali, con l'eccezione della P. A. di Bolzano. Nel dettaglio, i tassi standardizzati di ospedalizzazione in degenza ordinaria risultano maggiori in Abruzzo (200,6 per 1.000), P. A. Bolzano (189,6), Puglia (184,8), Calabria (178,1) e Molise (176,8) mentre i valori più contenuti appartengono ai piemontesi (116,4 per 1.000), ai toscani (120,3) e ai friulani (120,5). Il valore nazionale del tasso standardizzato si attesta a 152,02 per 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda l'attività in regime diurno non è altrettanto evidenziabile un particolare gradiente geografico, ma si osserva una variabilità territoriale più contenuta che oscilla da tassi superiori a 85 per 1.000 abitanti (Sicilia e Liguria) a tassi inferiori a 40 per 1.000 abitanti (Puglia e dal Friuli-Venezia Giulia).

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e regione di residenza (Tasso grezzo e tasso std per 1000 abitanti) – Anno 2003

Regioni	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Tasso grezzo	Tasso*	Tasso grezzo	Tasso*	Tasso grezzo	Tasso*
Piemonte	120,3	116,4	59,3	57,4	179,5	173,8
Valle d'Aosta	134,7	133,3	53,5	52,9	188,2	186,1
Lombardia	149,6	152,4	60,8	61,3	210,4	213,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>174,5</i>	<i>189,6</i>	<i>41,6</i>	<i>43,7</i>	<i>216,1</i>	<i>233,3</i>
<i>Trento</i>	<i>139,5</i>	<i>142,7</i>	<i>55,0</i>	<i>56,2</i>	<i>194,6</i>	<i>198,9</i>
Veneto	133,2	135,0	60,3	60,8	193,5	195,8
Friuli-Venezia Giulia	129,4	120,5	41,0	39,7	170,4	160,2
Liguria	146,6	131,9	92,0	86,5	238,6	218,3
Emilia-Romagna	145,8	135,4	56,0	53,1	201,8	188,4
Toscana	128,8	120,3	52,5	51,1	181,4	171,3
Umbria	136,6	129,3	68,3	65,8	204,9	195,1
Marche	146,5	139,7	48,1	46,4	194,7	186,1
Lazio	152,4	157,8	77,4	78,6	229,8	236,4
Abruzzo	202,5	200,6	65,1	65,1	267,6	265,7
Molise	179,0	176,8	50,9	51,0	229,9	227,8
Campania	154,5	173,8	61,7	65,8	216,2	239,6
Puglia	170,2	184,8	33,3	36,1	203,5	220,9
Basilicata	150,3	157,1	59,7	62,0	210,0	219,1
Calabria	166,1	178,1	62,2	65,0	228,3	243,0
Sicilia	165,0	175,0	92,3	96,2	257,3	271,2
Sardegna	160,1	173,4	64,6	67,5	224,7	240,9
Italia	149,7	152,0	62,5	63,1	212,2	215,1

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

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

Il confronto con il parametro di riferimento, stabilito dalla normativa complessivamente pari a 160 per 1.000, senza distinzione del regime di erogazione delle prestazioni ospedaliere, evidenzia una frequenza del ricorso all'ospedalizzazione ancora piuttosto elevata in tutte le regioni; in Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e Toscana, tuttavia, i tassi complessivi standardizzati non si discostano in modo significativo dal valore di riferimento e risultano comunque inferiori al parametro indicato dal legislatore nel 1996 (Legge n. 662/96).

Raccomandazioni di Osservasalute

Nei piani sanitari elaborati negli ultimi anni, sia a livello nazionale che a livello regionale, viene data particolare enfasi alla necessità di rivedere le reti ospedaliere esistenti: l'obiettivo prioritario rimane sempre il riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria, che si esplica attraverso: la riallocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale), il potenziamento del ricovero diurno, lo sviluppo di interventi di riabilitazione e lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare, l'elaborazione di programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di misure per garantire l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri, anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM sui livelli di assistenza, è

ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri hanno determinato una contrazione dei ricoveri in modalità ordinaria e un trasferimento delle prestazioni in Day Hospital/Day Surgery.

Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione al fine di produrre le misure correttive più adeguate per la razionalizzazione delle reti ospedaliere ed una più efficace integrazione delle stesse con le reti di offerta territoriale di prestazioni sanitarie.

Sarà necessaria una forte attività di comunicazione con la popolazione tesa a chiarire le finalità di ridisegno delle reti ospedaliere, per fornire ai cittadini servizi ospedalieri più efficaci e più moderni e di attivare nel contempo servizi per i pazienti cronici.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in modo molto evidente con il variare dell'età del paziente, ciò in relazione al diverso bisogno di salute e quindi alle differenze nella entità della domanda di prestazioni sanitarie che si osservano nelle varie classi di età. Anche la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazio-

ne e lungodegenza) risente della composizione per età della casistica, ma è influenzata inoltre dall'offerta di servizi sanitari territoriali. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

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

Dimissioni ospedaliere per età e tipo di attività
Popolazione residente all'inizio dell'anno

Validità e limiti. Le schede di dimissione ospedaliera, considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, nel corso dell'anno 2003, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state escluse le schede relative ai neonati sani, agli stranieri non residenti e circa 9.000 schede che riportano il codice della regione di residenza errato. È opportuno precisare che nella banca dati possono essere presenti più schede relative al medesimo paziente, con riferimento ad un episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un

reparto per acuti ad uno di riabilitazione), devono essere compilate due schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata.

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

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione nelle regioni italiane dei tassi di ospedalizzazione per le varie tipologie di attività nelle diverse fasce di età. In tutte le

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e regione di residenza (Tasso grezzo e tasso std. Per 1.000 abitanti) – Anno 2003

Regioni	< 1	1 - 14	15 - 44	45 - 64	65 - 74	>=75
Piemonte	574,0	55,6	76,1	91,3	179,2	271,3
Valle D'Aosta	336,7	59,8	92,3	114,6	222,7	331,2
Lombardia	582,8	65,4	92,9	122,2	244,5	370,1
Bolzano - Bozen	570,3	78,0	101,9	151,3	314,1	554,8
Trento	413,9	48,8	80,3	104,9	219,2	374,1
Veneto	426,6	49,5	79,8	102,4	220,3	379,6
Friuli-Venezia Giulia	373,9	32,4	73,8	101,8	208,4	371,2
Liguria	584,0	64,3	92,1	111,3	210,7	345,7
Emilia-Romagna	451,7	61,6	85,6	105,2	208,8	353,2
Toscana	458,1	48,0	77,4	95,1	199,0	346,4
Umbria	597,3	64,9	85,4	105,8	209,7	328,8
Marche	485,7	68,1	86,7	110,8	225,8	372,8
Lazio	582,5	74,3	100,3	130,7	255,8	409,3
Abruzzo	683,7	91,6	120,7	173,0	328,8	485,1
Molise	662,7	82,2	108,3	166,6	300,7	433,1
Campania	493,1	74,4	108,6	156,4	301,3	393,3
Puglia	667,1	85,4	117,0	161,9	314,9	446,7
Basilicata	538,1	60,7	94,5	142,0	284,5	392,2
Calabria	574,8	73,0	108,7	164,8	315,4	428,8
Sicilia	617,6	94,2	109,9	162,2	306,2	402,5
Sardegna	681,0	67,2	103,8	148,4	304,4	472,0
Italia	548,7	69,4	95,9	127,1	249,8	378,5

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

Tabella 2 - Tasso di dimissione ospedaliera per riabilitazione in regime ordinario – Anno 2003

Regioni	0 - 44	45 - 64	65 - 74	>=75
Piemonte	0,9	5,2	16,3	24,2
Valle d'Aosta	0,5	3,6	10,1	6,0
Lombardia	1,5	7,3	23,5	37,1
Bolzano-Bozen	0,5	3,8	12,9	26,9
Trento	1,3	8,3	27,9	33,6
Veneto	0,7	3,9	13,1	20,0
Friuli-Venezia Giulia	0,7	2,4	7,0	9,1
Liguria	0,9	4,7	12,9	14,3
Emilia-Romagna	0,5	2,6	7,8	8,9
Toscana	0,6	2,2	6,7	11,1
Umbria	0,8	2,5	6,4	5,5
Marche	0,6	2,0	6,0	7,6
Lazio	0,8	4,0	15,4	30,9
Abruzzo	2,1	9,6	26,2	34,7
Molise	1,3	4,4	10,2	12,1
Campania	0,6	3,2	9,8	12,9
Puglia	0,6	3,1	7,8	9,2
Basilicata	0,6	2,6	6,7	7,3
Calabria	0,9	4,6	12,2	12,1
Sicilia	0,7	2,5	6,6	6,9
Sardegna	0,4	1,0	1,4	1,5
Italia	0,9	4,1	12,8	18,4

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

Tabella 2 - Tasso di dimissione ospedaliera in lungodegenza in regime ordinario – Anno 2003

Regioni	0 - 64	65 - 74	>=75
Piemonte	0,3	4,1	16,3
Valle d'Aosta	0,0	0,2	0,2
Lombardia	0,2	2,1	5,9
Bolzano-Bozen	0,3	6,6	32,4
Trento	0,6	8,5	34,0
Veneto	0,4	4,6	20,9
Friuli-Venezia Giulia	0,0	0,1	0,2
Liguria	0,0	0,1	0,4
Emilia-Romagna	0,8	10,4	44,2
Toscana	0,1	0,9	5,0
Umbria	0,1	0,1	0,1
Marche	0,7	3,1	11,2
Lazio	0,1	1,0	6,2
Abruzzo	0,1	1,3	6,6
Molise	0,2	1,9	6,1
Campania	1,2	3,4	8,7
Puglia	0,1	1,4	4,9
Basilicata	0,2	1,1	3,8
Calabria	0,3	1,5	2,4
Sicilia	0,1	1,2	3,9
Sardegna	0,1	0,8	4,8
Italia	0,3	2,8	11,3

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

regioni i valori più alti si evidenziano nelle classi di età estreme, ovvero nei dimessi di età inferiore a 1 anno e superiore a 75 anni. Si osserva inoltre che il tasso di ospedalizzazione per i soggetti con età compresa fra 65 e 74 anni è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto alle regioni Centro-Settentrionali del paese.

Come è ragionevole attenderci il tasso di ospedalizzazione per l'attività di riabilitazione aumenta con l'età

dei pazienti: per la classe degli ultrasessantacinquenni il tasso presenta dunque i valori più elevati con una notevole variabilità tra le regioni. Ciò è anche da attribuire alla diversa pianificazione delle reti ospedaliere e territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate in questo tipo di assistenza ospedaliera. Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani con

Tasso di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di ricovero ordinario età minore di 1 anno. Anno 2003



età ≥ 75 anni. Anche per questa tipologia di assistenza, come per la riabilitazione, sono evidenti differenze geografiche, in particolare le regioni del Centro-Sud presentano i tassi di ospedalizzazione più bassi, mentre in alcune regioni del Nord si osserva un maggior ricorso all'assistenza in lungodegenza per gli ultrasettantacinquenni, soprattutto in Emilia-Romagna (44 per 1.000 residenti), Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto e Piemonte. Questa attività ospedaliera risulta, invece, quasi inesistente in regioni come Umbria, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, e Liguria, presumibilmente per la carenza di strutture adeguate sul territorio.

Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori presentati, mettendo in evidenza i maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle fasce estreme della vita, nonché le differenze regionali nell'accessibilità ad alcune forme di assistenza, quali riabilitazione e lungodegenza, suggerisce la necessità di porre un'adeguata attenzione nella pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione e rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per acuti e più efficace l'integrazione ospedale-territorio a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Ricoveri in regime di Day Hospital per i DRG Oncologici

Significato. L'indicatore grezzo numero medio di accessi in DH, riferito al complesso dei DRG medici gestibili in Day Hospital, consente di valutare, sia pure indirettamente, l'appropriato uso del ricovero diurno in termini di tipologia, complessità e corretta programmazione delle attività gestite in una determinata struttura o in un più ampio contesto operativo. Nel caso di singoli DRG, come nel caso dei due DRG

oggetto dell'analisi e tipici del DH oncologico, l'indicatore è in grado di svelare difformità dei profili di cura e dei modelli organizzativi adottati dalle singole strutture, ovvero di fornire indicazioni sulla corretta rilevazione e registrazione amministrativa delle attività erogate. La percentuale del ricovero in Day Hospital è un indicatore che consente di valutare l'appropriatezza del setting assistenziale.

Numero medio di accessi in day hospital con DRG medici

Numeratore	Numero di accessi in day hospital DRG medici
Denominatore	Numero di dimissioni in day hospital DRG medici

Percentuale di dimissioni in Day Hospital per DRG medici

Numeratore	Numero di dimissioni in Day Hospital
Denominatore	Numero totale di dimissioni

x 100

Validità e limiti. Un elevato numero di accessi rispetto ad un parametro individuato come riferimento potrebbe essere indicativo di una inadeguata programmazione delle attività o di scarsa attenzione nella definizione dei percorsi assistenziali che si traduce in un inefficiente ed inappropriato utilizzo delle strutture. Allo stesso modo un numero di accessi sensibilmente inferiore alla media potrebbe essere un segnale di inappropriata per eccesso di ricoveri di un solo giorno ovvero di un utilizzo prevalente del DH per attività diagnostiche o terapeutiche non particolarmente complesse, probabilmente trasferibili con un'adeguata programmazione nel regime ambulatoriale o meglio in day service. Tale ultima modalità di erogazione dell'attività ambulatoriale si caratterizza infatti per la diretta presa in carico del paziente da parte della struttura con l'obiettivo di assicurare una programmazione coordinata ed una tempestiva esecuzione delle indagini e delle attività assistenziali necessarie per risolvere il problema clinico individuato.

Una condizione del tutto particolare, che porterebbe una bassa media di accessi, è quella relativa alla frammentazione in più episodi di ricovero in DH per eseguire un singolo ciclo clinico di radio o chemioterapia. In assenza di significative ragioni assistenziali, il solo fine di tale pratica è quello di aumentare il numero dei ricoveri/DRG prodotti e di conseguenza i ricavi delle attività erogate da parte delle strutture remunerate a prestazione (Aziende Ospedaliere e presidi delle AUSL relativamente agli episodi di cura riservati ai pazienti non residenti). La pratica della frammentazione dei ricoveri dei DH oncologici a fini amministrativo-contabili è stata più volte rilevata e segnalata

in quelle regioni che per i DRG 409 e 410 del DH, anche in contrasto con le indicazioni del tariffario nazionale di cui al DM 30/06/1997, adottano tariffe per episodio di ricovero e non per numero di accessi effettuati. A seguito dell'adozione della Tariffa Unica Convenzionale (TUC) per le prestazioni di assistenza ospedaliera molte di queste regioni hanno modificato le modalità di remunerazione per i DRG considerati sostituendo il criterio della tariffa DRG specifica per episodio di ricovero con quello della tariffa predeterminata per accesso. In questo modo è venuto meno l'incentivo a frammentare i ricoveri e sono state in parte sanate le problematiche relative alla remuneratività delle tariffe DRG specifiche (spesso inferiori ai costi sostenuti per la gestione delle costose tecnologie di radioterapia o per l'acquisto dei moderni farmaci chemioterapici). Per i ricoveri effettuati nel 2003 l'analisi proposta è comunque del tutto attuale ed anzi può fornire la base per verificare se l'introduzione del nuovo criterio di remunerazione sarà in grado di modificare le modalità di rilevazione e registrazione delle attività da parte delle strutture interessate.

Per valutare compiutamente l'appropriatezza clinico-organizzativa raggiunta nella gestione dei trattamenti radioterapici e chemioterapici è altresì interessante analizzare il tasso di trasferimento in DH dei due DRG in esame in quanto, per entrambi, è possibile ed indicato effettuare la maggior parte dei trattamenti in day hospital evitando il ricorso al ricovero ordinario.

Benchmark. Il numero medio di accessi rilevato a livello nazionale può essere assunto come valore di riferimento in quanto l'analisi ha l'obiettivo di mette-

re in evidenza i comportamenti anomali, sia dell'eccessiva frammentazione dei ricoveri sia della presa in carico a lungo termine dei pazienti assistiti. Il valore medio nazionale della percentuale di Day Hospital rappresenta una valida misura di confronto mentre i valori più elevati forniscono un riferimento concreto dell'effettiva possibilità di trasferire le attività dalla degenza ordinaria a tale livello assistenziale.

Descrizione dei risultati

Il confronto temporale tra il 2002 ed il 2003 ha messo in evidenza una sostanziale stabilità dei dati e pertanto l'analisi è stata effettuata prendendo a riferimento solo i dati riferiti all'anno 2003 che evidenziano, per entrambi gli indicatori, forti differenze regionali.

DRG 409 – Radioterapia. La percentuale di trattamenti radioterapici effettuati in regime di Day Hospital a livello nazionale è del 37% mentre il numero medio di accessi è di 7,9 per episodio di ricovero. L'analisi descritta è riferita a 17 regioni in quanto alcune di esse non hanno attivi servizi di radioterapia e, per garantire omogeneità e significatività dei confronti, si è scelto di escludere le realtà che hanno effettuato meno di 100 ricoveri annui (Tabella 1).

Cinque regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio e Puglia) effettuano il 70 % dei ricoveri complessivi; questo dato conferma la non omogenea distribuzione dei servizi nel territorio nazionale e spiega la forte mobilità rilevata per tale genere di prestazioni. Il fenomeno della mobilità può spiegare in parte anche il ricorso più o meno elevato al ricovero ordinario piuttosto che al DH ed a quest'ultimo rispetto all'erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale. Occorre infatti precisare che molte regioni hanno fortemente incentivato il trasferimento delle attività di radioterapia a livello ambulatoriale; la carenza di dati nazionali a tale riguardo oltre che una rilevazione poco omogenea delle attività di tale livello assistenziale non consentono di formulare accurate valutazioni limitando in parte la completezza dell'analisi. Tenendo presenti i limiti esposti si rileva che la percentuale di trattamenti radioterapici effettuati in regime di Day Hospital presenta un range molto elevato, compreso tra lo 0% della PA di Trento e il 91,2 % della regione Umbria ed una distribuzione dei valori attorno alla media molto disomogenea. Sei regioni presentano percentuali di Day Hospital superiori alla media nazionale (Lombardia, Veneto, Liguria, Umbria, Lazio e Calabria) e tutte le altre 11 inferiori. Anche il numero medio di accessi in Day Hospital presenta un range molto elevato (1 Sardegna e 21,7 Friuli-Venezia-Giulia) con una distribuzione dei valori attorno alla media disomogenea e senza apparenti correlazioni con il numero dei ricoveri effettuati e con la percentuale di Day Hospital. Otto regioni presentano valori superiori al riferimento nazionale

(Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Abruzzo e Sicilia) e le altre 9 valori più bassi della media, addirittura inferiori ai 3 accessi per ricovero in Lombardia, Campania, Puglia e Sardegna.

DRG 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta.

La percentuale di chemioterapie effettuate in regime di Day Hospital a livello nazionale è del 65,1% mentre il numero medio di accessi è di 7,8 per episodio di ricovero (Tabella 2). Tutte le regioni presentano ampie casistiche ed utilizzano il Day Hospital per erogare tali prestazioni. Diverse regioni hanno fornito indicazioni per eseguire alcuni trattamenti chemioterapici anche a livello ambulatoriale, prevedendo che il costo del farmaco sia rimborsato a parte, ma purtroppo non sono disponibili dati per valutare con sufficiente precisione tale fenomeno. La percentuale di ricoveri per chemioterapia in regime di Day Hospital presenta un range molto elevato, compreso tra il 31,4 % della Sicilia ed il 97,3 % della Valle d'Aosta, ed una distribuzione dei valori attorno alla media abbastanza omogenea. Dieci regioni, in prevalenza del Centro Nord, presentano percentuali di Day Hospital superiori alla media nazionale (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Sardegna) e le altre 11 inferiori.

Il numero medio di accessi in Day Hospital presenta un range molto alto (2,4 Sardegna e 13 Valle d'Aosta). Quattordici regioni presentano valori superiori al riferimento nazionale (Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Bolzano e di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise e Sicilia) e le altre 7 regioni, in prevalenza del Sud con le eccezioni della Lombardia e del Veneto, valori più bassi della media nazionale.

Raccomandazioni di Osservasalute

La variabilità rilevata nelle diverse regioni rispetto al numero di accessi per episodio di ricovero ed alla percentuale di trasferimento in Day Hospital dei DRG oncologici 409 e 410 dimostra che i modelli assistenziali adottati per la gestione delle principali patologie oncologiche sono alquanto eterogenei, rispondendo a logiche fortemente condizionate dalle caratteristiche del contesto organizzativo e amministrativo di riferimento. Può essere sufficiente che tutte le regioni adottino un sistema di remunerazione per i DRG considerati che ricalchi il modello della TUC, per favorire scelte orientate a promuovere l'appropriatezza riguardo la sede di erogazione di tali prestazioni terapeutiche ed evitare fenomeni quali la frammentazione degli episodi di ricovero, che come i ricoveri ripetuti ha riflessi sul tasso di ospedalizzazione e soprattutto genera maggiori oneri per le aziende committenti. Ulteriori risultati potrebbero essere ottenuti anche

Tabella 1 - Dimissioni per radioterapia, per regione (percentuale di DH e numero medio di accessi) – Anno 2003

Regioni	Ricoveri DH	Ricoveri ordinari	Totale	% DH	Numero medio di accessi DH
Piemonte	99	660	759	13,0	14,0
Valle d'Aosta	0	1	1	0,0	-
Lombardia	2.497	3.009	5.506	45,4	2,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	0	6	6	0,0	-
<i>Trento</i>	0	214	214	0,0	-
Veneto	1.651	895	2.546	64,8	7,2
Friuli-Venezia Giulia	188	596	784	24,0	21,7
Liguria	106	42	148	71,6	9,6
Emilia.Romagna	655	1.408	2.063	31,7	13,0
Toscana	121	493	614	19,7	13,4
Umbria	423	41	464	91,2	5,8
Marche	14	253	267	5,2	3,9
Lazio	1.460	1.926	3.386	43,1	15,5
Abruzzo	1	138	139	0,7	9,0
Molise	10	1	11	90,9	4,9
Campania	296	748	1.044	28,4	1,9
Puglia	66	1.510	1.576	4,2	2,0
Basilicata	1	31	32	3,1	1,0
Calabria	369	163	532	69,4	5,7
Sicilia	63	1.087	1.150	5,5	8,4
Sardegna	4	446	450	0,9	1,0
Italia	8.024	13.668	21.692	37,0	7,9

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

Percentuale di dimissioni in DH per radioterapia. Anno 2003



Numero medio di accessi in DH. Anno 2003



attraverso una chiara definizione da parte delle regioni, in relazione allo specifico assetto organizzativo dei propri servizi, delle attività e delle tipologie di pazienti oncologici che, sia per motivi clinici che gestionali, può essere vantaggioso trattare in regime di ricovero ordinario, day hospital ovvero a livello ambulatoriale. Riguardo tale ultimo aspetto si sottolinea come molti trattamenti di radioterapia e di chemioterapia, nonché la quasi totalità delle attività diagnostiche di supporto

ed i follow up, possano essere eseguiti in ambulatorio, prevedendo specifici percorsi diagnostico terapeutici, un adeguata valorizzazione delle prestazioni eseguite ed eventualmente, attraverso gli accordi di fornitura, anche la remunerazione dei costi dei medicinali impiegati.

Tabella 2 - Dimissioni per chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta, per regione (percentuale di DH e numero medio di accessi) – Anno 2003

Regioni	Ricoveri DH	Ricoveri ordinari	Totale	% DH	Numero medio di accessi DH
Piemonte	19.425	4.081	23.506	82,6	8,8
Valle d'Aosta	361	10	371	97,3	13,0
Lombardia	53.213	20.326	73.539	72,4	5,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	836	724	1.560	53,6	8,4
<i>Trento</i>	1.348	740	2.088	64,6	11,3
Veneto	25.293	5.376	30.669	82,5	7,6
Friuli-Venezia Giulia	2.685	2.044	4.729	56,8	12,5
Liguria	5.806	1.263	7.069	82,1	11,0
Emilia-Romagna	21.269	5.368	26.637	79,8	9,7
Toscana	13.326	3.147	16.473	80,9	11,6
Umbria	2.781	865	3.646	76,3	10,2
Marche	5.923	1.260	7.183	82,5	11,5
Lazio	16.822	13.455	30.277	55,6	9,9
Abruzzo	3.984	3.096	7.080	56,3	12,6
Molise	646	892	1.538	42,0	9,4
Campania	14.315	20.033	34.348	41,7	6,2
Puglia	8.917	8.841	17.758	50,2	7,1
Basilicata	1.711	1.056	2.767	61,8	5,8
Calabria	6.294	3.855	10.149	62,0	7,2
Sicilia	9.365	20.498	29.863	31,4	8,5
Sardegna	12.480	4.673	17.153	72,8	2,4
Italia	226.800	121.603	348.403	65,1	7,8

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

Percentuale di dimissioni in DH per chemioterapia. Anno 2003

Numero medio di accessi in DH. Anno 2003



Giornate di degenza

Significato. Le giornate di degenza erogate in regime ordinario rappresentano un indicatore sintetico di attività ospedaliera; quando rapportate alla popolazione residente esprimono il numero medio di giornate di

degenza erogate per abitante. Per eliminare l'effetto della diversa composizione demografica delle regioni, l'indicatore grezzo è affiancato da una misura corretta, espressa tramite la popolazione "pesata per età".

Tasso giornate di degenza

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

Numero di giornate di degenza
Popolazione residente all'inizio dell'anno

Validità e limiti. Gli indicatori sono stati calcolati con riferimento alle dimissioni dalle strutture pubbliche e private accreditate. Nel computo delle giornate di degenza per 1.000 residenti sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, per non appesantire gli indicatori con le degenze prolungate, che si osservano per le prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza. Sono inoltre state omesse dalle giornate di degenza quelle relative ai neonati sani, che non richiedono prestazioni assistenziali rilevanti dal punto di vista del consumo delle risorse ospedaliere. L'indicatore, espressione dell'attività erogata, essendo costruito sulla regione di erogazione risente del fenomeno della mobilità ospedaliera.

Per la costruzione della popolazione pesata sono stati utilizzati i pesi che il Ministero della Salute pubblica nel Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria, elaborati considerando la distribuzione per età delle valorizzazioni economiche delle presta-

zioni di ricovero (tramite applicazione delle tariffe "nazionali", D.M. 30 giugno 1997).

Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per le giornate di degenza rapportate ai residenti. Il confronto della distribuzione regionale dell'indicatore con i valori medi nazionali consente di evidenziare il differente grado di attività raggiunto nelle singole regioni.

Descrizione dei risultati

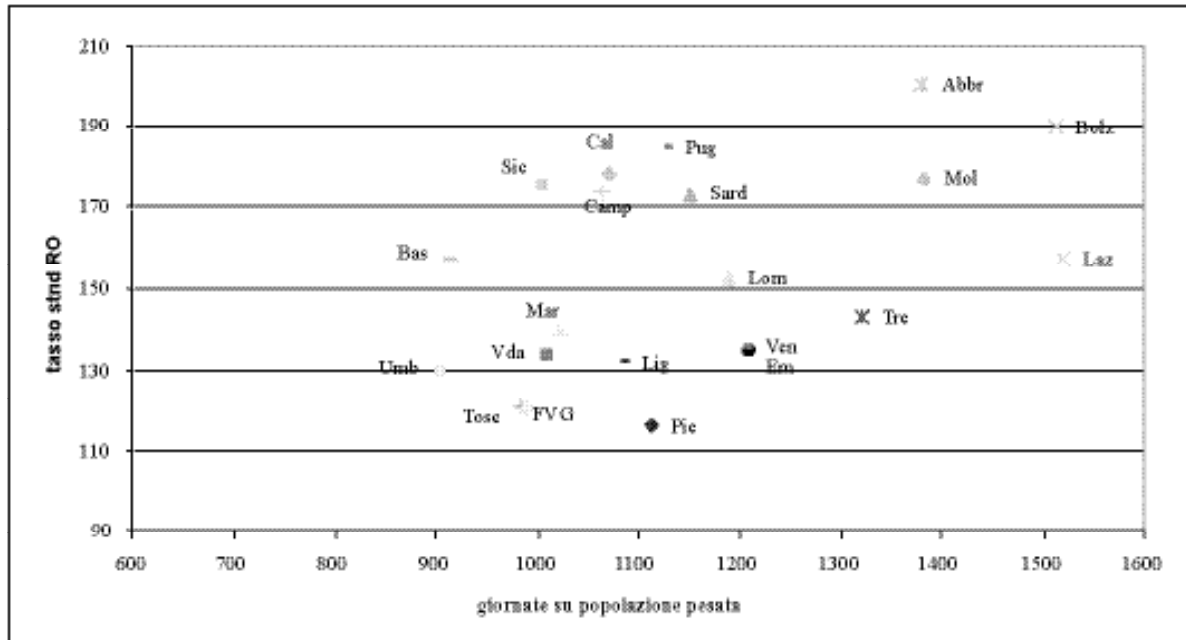
Nel corso del 2003 sono state erogate mediamente 1.115 giornate di degenza ogni 1.000 residenti nei reparti ospedalieri per acuti. Valori significativamente superiori al valore medio nazionale si rilevano nella P. A. di Bolzano, nel Lazio e nelle regioni Abruzzo e Molise, dove l'indicatore assume valori superiori a 1.350 giornate di degenza ogni 1.000 abitanti. Il valore minimo della distribuzione regionale si rileva in

Tabella 1 - Giornate di degenza per regione (Numero, Tasso grezzo e tasso pesato) – Anno 2003

Regioni	Numero Giornate effettive	Tasso pop. residente	Tasso pop. pesata
Piemonte	5.016.120	1.185	1.112
Valle D'Aosta	124.291	1.028	1.009
Lombardia	10.813.887	1.187	1.189
Bolzano-Bozen	653.696	1.399	1.512
Trento	633.613	1.311	1.321
Veneto	5.522.754	1.207	1.209
Friuli-Venezia Giulia	1.265.879	1.062	985
Liguria	1.984.981	1.263	1.084
Emilia-Romagna	5.292.785	1.313	1.204
Toscana	3.808.558	1.083	989
Umbria	823.832	988	903
Marche	1.617.749	1.090	1.020
Lazio	7.723.395	1.501	1.518
Abruzzo	1.814.548	1.425	1.380
Molise	461.143	1.436	1.383
Campania	5.381.408	940	1.064
Puglia	4.207.454	1.046	1.127
Basilicata	534.320	895	914
Calabria	2.029.171	1.011	1.069
Sicilia	4.725.114	950	1.005
Sardegna	1.778.015	1.086	1.151
Italia	66.212.713	1.155	1.155

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

Grafico 1 - Dispersione dei valori regionali delle giornate sulla popolazione pesata e tasso standardizzato – Anno 2003



Umbria, dove l'indicatore presenta un valore pari a 903 giornate di degenza ogni 1.000 residenti.

I corrispondenti valori relativi agli anni precedenti evidenziano un trend decrescente sostanzialmente uniforme tra le varie regioni italiane.

L'indicatore sulle giornate erogate rispetto alla popolazione residente riflette ovviamente la casistica ospedaliera trattata e la domanda di ricovero espressa dalla popolazione.

Il grafico riportato illustra la dispersione dei valori regionali secondo la doppia dimensione: indicatore di attività (giornate sulla popolazione) e indicatore di domanda (tasso di ospedalizzazione). Per entrambi gli indicatori è stato eliminato l'effetto della struttura per età della popolazione.

Nei quattro quadranti sono raggruppate:

- le regioni con elevato tasso di ospedalizzazione e consistente numero di giornate di degenza (Abruzzo, Molise, PA Bolzano e Lazio);
- le regioni con elevato tasso di ospedalizzazione e ridotto numero di giornate di degenza (Sicilia, Calabria, Campania e Basilicata);
- le regioni con basso tasso di ospedalizzazione e ridotto numero di giornate di degenza (Umbria, Toscana, Friuli-Venezia Giulia e Liguria);
- le regioni con basso tasso di ospedalizzazione ed elevato numero di giornate di degenza (Veneto, Emilia-Romagna e Provincia Autonoma di Trento).

Raccomandazioni di Osservasalute

Negli ultimi anni si è osservata una progressiva diminuzione delle giornate di degenza erogate in regime ordinario, determinata in maniera decisiva dall'introduzione della modalità di pagamento a prestazione dei ricoveri ospedalieri, che di fatto non riguarda ad oggi tutte le strutture sanitarie. In seguito alla definizione dei livelli di assistenza (DPCM 29/11/2001), è aumentata l'attenzione all'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri, da cui deriva la possibilità di trattare una quota di casistica ospedaliera in un diverso regime di ricovero o in setting assistenziali alternativi all'ospedale per acuti; ciò presuppone tuttavia un'adeguata offerta territoriale di servizi sanitari. Si ritiene pertanto che siano possibili ulteriori contrazioni della durata di degenza, e quindi un miglioramento dell'efficienza ospedaliera, anche attraverso, ad esempio, la riduzione delle giornate di degenza pre-operatoria, che dipende in modo sostanziale dalla capacità di risposta dell'ospedale in termini di attività funzionalmente collegate (laboratorio, radiologia, sala operatoria, etc.).

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, in regime di ricovero ordinario, è rappresentato dalla degenza media. La durata della degenza ospedaliera è però fortemente influenzata dalla complessità dei casi trattati oltre che dall'efficienza operativa ospedaliera, pertanto è stata calcolata anche la degenza media standardizzata rispetto al case mix. Quest'ultima rappresenta il valore teorico di degenza media che si osserverebbe se ogni regione presentasse una casistica di complessità analoga a quella dello

standard di riferimento, ovvero se la composizione per DRG dei dimessi nelle varie regioni fosse uguale a quella dell'intera casistica nazionale. In altre parole è una degenza media attesa: una diminuzione del valore della degenza media, a seguito della standardizzazione, sta ad indicare che la regione presenta una casistica di maggiore complessità rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

Degenza media

Numeratore $\frac{\text{Numero di giornate di degenza erogate}}{\text{Numero di dimissioni}}$
Denominatore

Validità e limiti. Nel calcolo dell'indicatore sono esclusi i neonati sani e sono state considerate i ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di ricovero ordinario. L'analisi è stata estesa all'attività di tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale, relativamente all'anno 2003.

Per la descrizione del case mix è utilizzata la versione 10 della classificazione DRG (Diagnosis Related Group)

Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Il confronto della distribuzione regionale dei due indicatori con il valore medio nazionale consente di evidenziare il differente grado di efficienza ospedaliera raggiunto nelle singole regioni. La lettura, in aggiunta, della degenza media standardizzata per case mix consente di "correggere" i valori regionali per la complessità della casistica trattata.

Descrizione dei risultati

La degenza media a livello nazionale è di 6,7 giorni. L'indicatore assume il valore massimo in Valle d'Aosta, prossimo a 9 ed il valore minimo nella regione Campania con 5,5 giorni. In generale per tutte le regioni dell'area meridionale la degenza media grezza si colloca al di sotto del valore medio nazionale, mentre nelle regioni dell'area settentrionale l'indicatore assume valori superiori.

La degenza media standardizzata rispetto al case mix presenta una minore variabilità rispetto al valore nazionale. In generale, le degenze medie standardizzate nelle regioni centro-settentrionali diminuiscono rispetto ai corrispettivi valori grezzi, evidenziando quindi una maggiore complessità della casistica, mentre le degenze medie relative alle regioni meridionali

aumentano.

In riferimento al trend, si evidenzia, dai dati di letteratura, che la degenza media dei ricoveri in regime ordinario mostra una continua riduzione nel tempo, correlata ad una consistente diminuzione delle giornate di degenza. Negli anni 2002-2003, la degenza media rimane sostanzialmente stabile, associandosi però ad un aumento della complessità della casistica trattata, che riflette un utilizzo più appropriato dell'ospedale per acuti.

Tabella 1 - Degenza media standardizzata - Anno 2003

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

Degenza media standardizzata per case mix. Anno 2003

**Raccomandazioni di Osservasalute**

La lettura di entrambi gli indicatori relativi alla degenza media dei ricoveri per acuti erogati in regime ordinario e descrittivi della dimensione "efficienza" ospedaliera (una delle dimensioni della qualità) mostra ancora margini di miglioramento, soprattutto in alcune regioni. È altresì evidente la diversa capacità, fra le varie regioni, di concentrare la casistica più complessa nell'ospedale per acuti. Ovviamente quest'attitudine risente sia della mobilità della popolazione, sia della possibilità di drenare la casistica meno complessa verso forme alternative di assistenza ospedaliera, che è fortemente influenzata, come noto, dall'offerta di servizi territoriali sufficienti, adeguati ed accessibili, nonché dall'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Degenza media preoperatoria nei ricoveri ordinari

Significato. L'indicatore illustra il tempo medio trascorso in ospedale in ricovero ordinario in attesa di eseguire accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'esecuzione di un intervento chirurgico (degenza media preoperatoria).

Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono essere effettuate attraverso accessi ambulatoriali o in Day Hospital, mentre per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è possibile snellire l'iter clinico ed assistenziale attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi (percorsi diagnostici preferenziali, sale operatorie dedicate). Il dato del-

la degenza media preoperatoria (DMPO) può essere pertanto assunto come indicatore proxy della capacità di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota generalmente difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri od extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero ed un uso potenzialmente inappropriato dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza media preoperatoria in regime ordinario

Numeratore Giornate di degenza preoperatoria con DRG chirurgici in regime ordinario

Denominatore Numero dimessi con DRG chirurgici in regime ordinario

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività quando si confrontano i singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano i dati grezzi di vari ospedali si deve pertanto considerare la variabilità legata al diverso case mix mentre per grandi casistiche, come quelle relative ad una regione, il livello di confrontabilità aumenta sensibilmente. Il confronto dei dati deve peraltro tenere conto delle sensibili differenze regionali dell'indice di attrazione per l'oggettiva difficoltà di adottare appropriati percorsi preoperatori extraospedalieri per i cittadini non residenti.

Benchmark. Il valore medio delle cinque regioni con i valori più bassi di DMPO (1,6 giorni) fornisce una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio.

Descrizione dei risultati

La degenza media preoperatoria del 2003 del livello nazionale è pari a 2,09 giorni. Sebbene negli ultimi anni si è assistito ad un progressiva e significativa riduzione di tale valore, il confronto fra il 2002 ed il 2003 mostra una sostanziale stabilità a fronte di importanti potenziali margini di miglioramento. Infatti i risultati raggiunti non sono uniformi nel territorio nazionale e nel 2003 persistono rilevanti differenze regionali che in alcuni regioni, specie del sud, si sono ulteriormente accentuate (tabella 1 e grafico 1). Il range dei valori del 2003, 1,32 del Friuli-Venezia Giulia contro 3,10 della Liguria, pari a 1,78 giorni, è elevato e superiore di 0,12 giorni rispetto all'anno precedente. La distribuzione dei valori è dispersa in

modo abbastanza omogeneo intorno alla media in entrambi gli anni. Dieci regioni presentano performance migliori della media nazionale e tutte le regioni del nord (tranne la Valle d'Aosta e la Liguria) sono comprese in questo gruppo.

Tra il 2002 ed il 2003 12 regioni hanno migliorato le loro performance, mentre 9 hanno fatto registrare valori uguali o peggiori dell'anno precedente.

L'analisi della tabella mette in evidenza che tra le regioni con le performance migliori sono comprese alcune di quelle che tradizionalmente hanno all'attivo alti indici di attrazione per le discipline chirurgiche e, generalmente, un elevato indice di case mix (Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto). Il dato sembra confermare l'efficacia delle misure adottate in queste regioni per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri ed al contempo per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale. Alta attrazione ed alti valori di DMPO sono invece rilevati in Liguria e Molise.

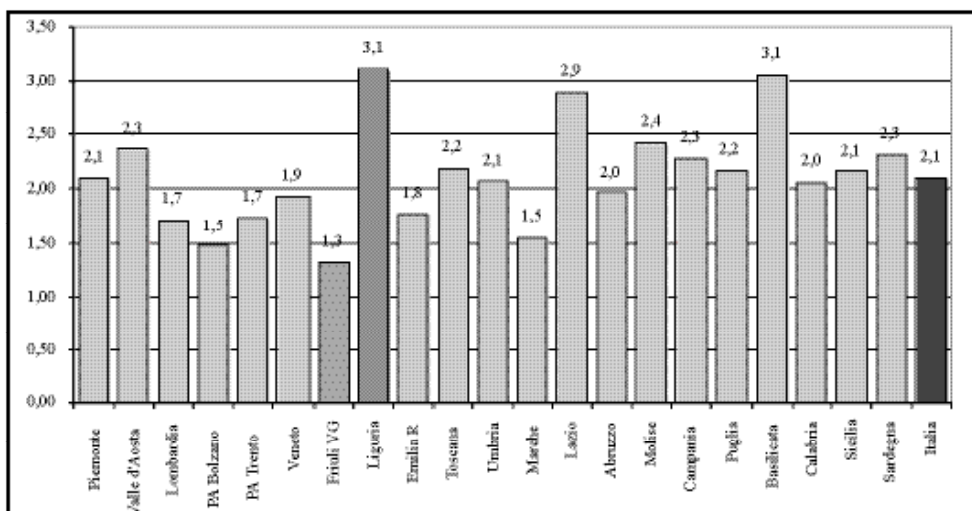
Raccomandazioni di Osservasalute

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

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario, per regione – Anni 2002 – 2003

Regioni	DMPO 2002	DMPO 2003	Variazione assoluta
Piemonte	2,17	2,09	-0,8
Valle d'Aosta	2,42	2,35	-0,7
Lombardia	1,83	1,72	-1,1
Bolzano-Bozen	1,49	1,47	-0,2
Trento	1,62	1,72	1,0
Veneto	2,00	1,92	-0,8
Friuli-Venezia Giulia	1,39	1,32	-0,7
Liguria	3,03	3,10	0,7
Emilia-Romagna	1,88	1,78	-1,0
Toscana	2,19	2,19	0,0
Umbria	2,13	2,06	-0,7
Marche	1,58	1,55	-0,3
Lazio	2,96	2,89	-0,7
Abruzzo	2,07	1,95	-1,2
Molise	2,42	2,41	-0,1
Campania	2,20	2,27	0,8
Puglia	2,16	2,17	0,1
Basilicata	3,05	3,06	0,1
Calabria	2,04	2,04	0,1
Sicilia	2,10	2,15	0,5
Sardegna	2,23	2,31	0,8
Italia	2,13	2,09	-0,4

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

Grafico 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario, per regione – Anno 2003

esiti degli interventi stessi. A tale riguardo occorre considerare che se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione della degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, diverse analisi hanno dimostrato che il maggior contributo alla riduzione della degenza media per i ricoveri chirurgici è stato dato da forti contrazioni della degenza post intervento. Il trend di riduzione sembra aver peraltro subito un generale rallentamento dopo le confortanti performance del recente passato e, specie nelle realtà che hanno raggiunto limiti assai bassi di DM complessiva, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti

ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate siano perseguiti soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati. Le evidenze rilevate e queste considerazioni dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno anche allo scopo di definire soglie massime di DMPO per i principali DRG chirurgici.

Degenza media preoperatoria per alcuni DRG in ricovero ordinario

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

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

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

Degenza media preoperatoria in regime ordinario

Numeratore Giornate di degenza preoperatoria per DRG chirurgico in regime ordinario

Denominatore Numero dimessi per DRG chirurgico in regime ordinario

Validità e limiti. Il confronto della DMPO DRG specifica deve tenere conto delle sensibili differenze regionali dell'indice di attrazione per le patologie considerate, in specie per quelle più complesse, per l'oggettiva difficoltà di adottare appropriati percorsi preoperatori extraospedalieri per i cittadini non residenti. Un'estensione dell'analisi che, specie a livello delle singole strutture, potrebbe aggiungere elementi di valutazione utili per una migliore comprensione del fenomeno è rappresentata dallo studio della percentuale degli interventi effettuati nei primi due giorni di ricovero.

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

Descrizione dei risultati

La tabella ed il grafico 1 illustrano il confronto tra gli anni 2002 e 2003 dei valori nazionali di DMPO relativi a tutti i dimessi con DRG chirurgico ed ai DRG selezionati (162, 198, 209 e 232). È evidente come per

tutti i DRG considerati la riduzione di DMPO registrata tra i due anni sia notevole in senso assoluto e significativamente superiore al trend registrato per il valore riferito a tutti i DRG chirurgici. Questo dato conferma, in linea generale, l'attenzione posta ai diversi livelli del sistema per ottimizzare almeno i percorsi preoperatori e/o la fase di pre-ospedalizzazione delle principali patologie chirurgiche gestibili attraverso un ricovero programmato.

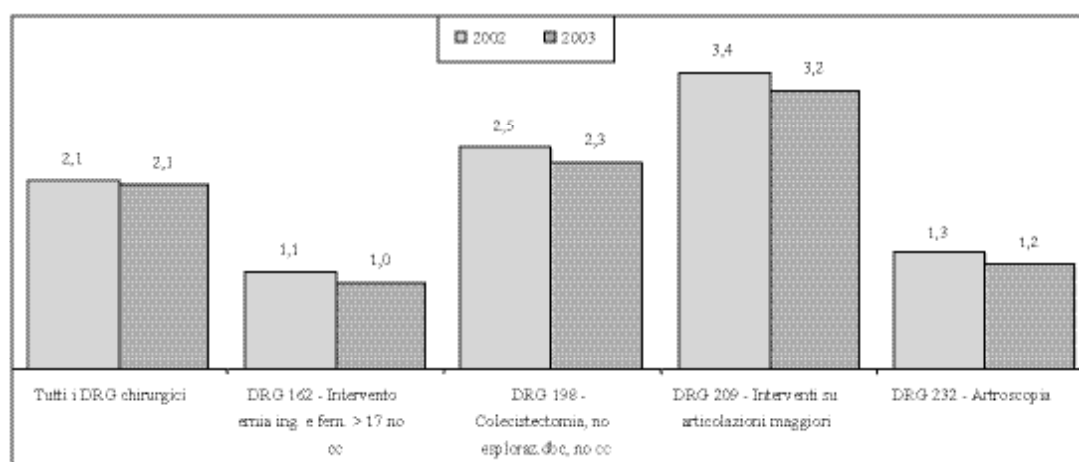
La tabella 2 analizza, per regione, la DMPO dei dimessi nel 2003 con i DRG selezionati dagli istituti di ricovero pubblici e privati. Il maggior livello di dettaglio dell'analisi mette in evidenza da un lato la costante variabilità della DMPO in funzione della complessità dei casi trattati e dall'altro le forti differenze esistenti nelle varie regioni, con un evidente e significativo divario tra il Nord ed il Sud del paese (tabella 2). La regione Friuli Venezia Giulia registra i valori più bassi per tutte le patologie considerate mentre, con rare eccezioni e nonostante il complessivo miglioramento rispetto all'anno precedente, le regioni del sud si contendono il primato opposto. Il range dei valori di DMPO risulta elevato e sempre superiore al valore della media per tutti i DRG selezionati.

L'analisi sembra inoltre dimostrare che nelle singole

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario (tutti i DRG chirurgici e i DRG selezionati) - Anni 2002-2003

DRG	DMPO 2002	DMPO 2003	Variazione assoluta	Variazione %
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	1,10	0,97	- 0,13	-11,13
198 - Colectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	2,51	2,33	- 0,18	-7,23
209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	3,37	3,17	- 0,20	-6,18
232 - Artroscopia	1,31	1,18	- 0,13	-10,05
Tutti i DRG chirurgici	2,13	2,09	- 0,04	-1,8

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

Grafico 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario (tutti i DRG chirurgici e DRG selezionati) – Anni 2002–2003

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

Tabella 2 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario, per DRG e regione – Anno 2003

Regioni	Tutti i DRG chirurgici	DRG 162	DRG 198	DRG 209	DRG 232
Piemonte	2,09	1,04	2,51	2,65	1,41
Valle d'Aosta	2,35	0,90	2,34	3,41	0,00
Lombardia	1,72	0,43	1,79	2,31	0,63
Bolzano-Bozen	1,47	0,82	1,26	2,02	0,69
Trento	1,72	0,63	1,23	2,11	0,65
Veneto	1,92	0,72	1,59	2,24	1,10
Friuli-Venezia Giulia	1,32	0,24	1,16	1,64	0,20
Liguria	3,10	1,18	2,30	4,93	1,28
Emilia-Romagna	1,78	0,33	1,54	2,89	0,76
Toscana	2,19	0,85	2,37	2,85	0,97
Umbria	2,06	0,86	2,13	2,24	0,84
Marche	1,55	0,27	1,94	2,41	0,63
Lazio	2,89	1,58	3,23	5,44	1,73
Abruzzo	1,95	1,10	2,51	2,63	1,08
Molise	2,41	1,51	3,97	4,38	2,35
Campania	2,27	1,43	2,60	4,83	1,46
Puglia	2,17	1,20	3,02	4,11	2,20
Basilicata	3,06	1,70	4,29	3,71	1,36
Calabria	2,04	1,62	3,16	3,84	1,51
Sicilia	2,15	1,15	2,54	4,57	1,98
Sardegna	2,31	1,44	2,96	5,26	1,38
Italia	2,09	0,97	2,33	3,17	1,18

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

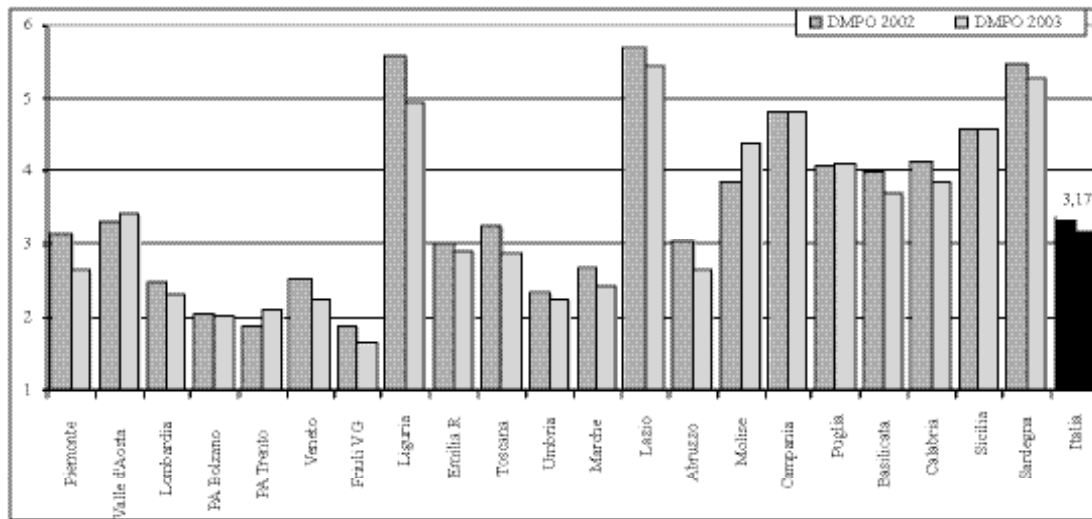
regioni il livello delle *performance* è abbastanza costante. In pratica sia il ranking che lo scostamento, positivo o negativo, rispetto alla media nazionale risultano simili per i diversi DRG considerati, segno evidente che la gestione del percorso preoperatorio è influenzata da contesti organizzativi e prassi operative ampiamente diffusi e consolidati.

Raccomandazioni di Osservasalute

In linea di massima l'analisi della DMPO dei DRG chirurgici selezionati suggerisce le medesime considerazioni fatte nella precedente sezione a proposito

della DMPO relativa a tutti i DRG chirurgici. Tuttavia, anche in considerazione del fatto che il miglioramento rilevato nel gruppo di DRG studiati è nettamente superiore a quello registrato per l'insieme dei DRG chirurgici, le DMPO osservate in qualche regione, in specie per i DRG 198 e per il DRG 209 (grafico 2), appaiono francamente anomale e difficilmente giustificabili in relazione alle opportunità offerte dall'evoluzione delle tecniche diagnostiche, dalla loro minore invasività e dalla diffusa affermazione di modelli organizzativi in grado di assicurare una efficace ed attiva gestione del percorso preoperatorio in

Grafico 2 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario DRG 209 - interventi su arti-
colazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori – Anni 2002–2003



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

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

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

Significato. L'indicatore verifica l'entità di utilizzo del Day Hospital rispetto al ricovero ordinario e permette di valutare il grado di appropriatezza organizzativa raggiunto dalle regioni a seguito delle indicazioni contenute nel DPCM 29/11/2001, il quale ha definito un elenco di DRG "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogate in regime di degenza ordinaria. L'applicazione dell'Accordo della Conferenza Stato – Regioni impone alle regioni di individuare per ogni singolo DRG un valore percentuale/soglia di ammissibilità e di monitorare il grado di trasferimento dal regime ordinario al Day Hospital, prevedendo altresì per le stesse la facoltà di individuare ulteriori DRG e prestazioni che le strutture sanitarie possono trattare

in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. La percentuale/soglia di ammissibilità di ricovero in Day Hospital, analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza poiché è influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di ospedalizzazione specifico per DRG e la stima delle prestazioni effettuate in regime ambulatoriale.

In assenza di dati attendibili sull'attività ambulatoriale la relazione tra la percentuale di Day Hospital ed il tasso di dimissione standardizzato per singolo DRG può fornire una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in alternativa al ricovero ospedaliero.

Percentuale di ricoveri in Day Hospital con DRG medici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Numero di dimissioni in Day Hospital}}{\text{Numero totale di dimissioni}} \times 100$$

Validità e limiti. La percentuale del ricovero in Day Hospital è un parametro per valutare l'appropriatezza del setting assistenziale, mentre il tasso di ricovero misura la frequenza con la quale i professionisti pongono l'indicazione al ricovero.

Nel Rapporto Osservasalute 2004 sono stati analizzati i dati dei DRG 183, 243 e 134 relativi ai ricoveri effettuati nel 2002, anno immediatamente successivo alla emanazione del DPCM sui LEA. Sebbene molte regioni avessero già in precedenza fornito indicazioni per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero, i dati del 2002 possono essere considerati la base per il monitoraggio dei risultati conseguiti nelle diverse realtà a seguito dell'adozione e del consolidamento degli interventi volti a contrastare il fenomeno. Nella presente sezione saranno pertanto illustrati, mediante il confronto 2002–2003, i dati relativi ai ricoveri ed alla percentuale di Day Hospital delle diverse regioni riguardo l'intero set dei DRG medici ad elevato rischio di inappropriatelyzza e riguardo i tre DRG considerati nel precedente Rapporto. Per rendere più evidente l'impatto in termini di ricoveri "risparmiati", nel confronto 2002–2003 è stato utilizzato il numero complessivo dei ricoveri effettuati invece del tasso di ospedalizzazione. Si precisa infine che minime e non significative differenze rispetto ad alcuni dati riferiti al 2002 e pubblicati lo scorso anno sono frutto di aggiustamenti ed aggiornamenti apportati successivamente.

In generale un'alta riduzione dei ricoveri complessivi in presenza di un aumento o di una stabilità, al di sopra dei valori di riferimento nazionali, della percentuale di trasferimento in Day Hospital indica l'adozio-

ne di efficaci misure correttive del fenomeno dell'inappropriatelyzza. Al contrario un aumento dei ricoveri totali superiore ai valori di riferimento, combinato con una riduzione della percentuale di trasferimento in Day Hospital, depone per un utilizzo improprio del regime di ricovero ordinario mentre se l'aumento complessivo dei ricoveri è associato anche ad un incremento dell'attività relativa del Day Hospital si può supporre un sovrautilizzo delle strutture di ricovero diurno congiunta ad una scarsa accessibilità dei servizi ambulatoriali.

La riduzione dei ricoveri complessivi accompagnata da una contestuale riduzione della percentuale di trasferimento in Day Hospital può essere indicativo di un migliorato accesso ai servizi ambulatoriali realizzato attraverso l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi sul tipo del Day Service. Purtroppo il vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale costituisce un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione di tale dimensione dell'assistenza.

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

Descrizione dei risultati

Ogni regione ha dovuto promuovere strategie di intervento ed azioni che, sebbene coerenti con le indicazioni del DPCM, fossero innanzitutto compatibili con il proprio contesto di riferimento. Le soglie di ammissibilità in ricovero ordinario stabilite a livello regionale sono state pertanto individuate con criteri e modalità differenti che devono indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà. Al contrario il confronto temporale tra il 2002 ed il 2003 consente di apprezzare il trend relativo al livello nazionale ed è in grado di aggiungere significativi elementi di valutazione riguardo l'efficacia delle misure adottate dalle singole regioni.

Nel 2003 i primi dieci DRG medici ad elevato rischio di inappropriatazza sono gli stessi dell'anno precedente, rappresentano complessivamente il 69,9% dei ricoveri potenzialmente inappropriati (68,8 % nel 2002) e presentano solo lievi differenze di rango (tabella 1). I ricoveri relativi a questi 10 DRG hanno subito consistenti flessioni ad eccezione del DRG 184 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattia apparato digerente, età < ai 17 anni - che triplicando i casi gestiti in Day Hospital senza una contestuale riduzione dei ricoveri ordinari, passa dal 5° al 3° rango delle frequenze di ricovero.

Tutti i DRG medici a rischio di inappropriatazza. Il confronto 2002 - 2003 relativo a tutti i ricoveri attribuiti ai DRG medici a rischio di inappropriatazza dimostra che le indicazioni poste dal DPCM 9/11/2001 sono state in larga massima rispettate (Tabella 2 e grafico 1). A livello nazionale il numero complessivo dei ricoveri si riduce del 7,2% e, sebbene con ampia variabilità, tale andamento è proprio di tutte le regioni, tranne che per la PA di Bolzano, Lazio, Molise e Sicilia. In queste regioni l'aumento assoluto dei ricoveri coincide con forti incrementi della percentuale di Day Hospital (Grafico 2). E' di segno positivo anche l'andamento nazionale del-

la percentuale di Day Hospital che, con un'ampia variabilità regionale, cresce del 17,4% e si attesta sul 38,9% del totale. I valori della percentuale di Day Hospital del 2003 presentano un range ampio (15,9%–56,9%) ed una distribuzione non omogenea intorno alla media. Ben sedici regioni presentano valori più bassi del riferimento nazionale (38,9%) mentre soltanto per cinque si osservano valori superiori (Piemonte, Liguria, Lazio, Basilicata e Sicilia), peraltro associati a marcati incrementi dell'indicatore rispetto all'anno precedente. Il dato relativo alla Sicilia è degno di nota in quanto alla più alta percentuale di Day Hospital del 2003 (56,9%) si associa un forte incremento della stessa rispetto all'anno precedente (+ 29,3%) ed un parallelo aumento dei ricoveri complessivi (+ 10,3%) in presenza di tassi di dimissione 2002 per i DRG più frequenti costantemente superiori al valore nazionale. Tale andamento, a meno che non sottenda l'esigenza di soddisfare un eccesso di domanda di cui comunque andrebbero indagate le cause, può essere segnale di un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, sia in regime ordinario che diurno, e/o di una scarsa accessibilità dei servizi ambulatoriali.

Solo 5 regioni (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche e Sardegna) presentano una riduzione della percentuale di ricoveri in DH rispetto all'anno precedente, peraltro con valori dell'indicatore che si attestano stabilmente al di sotto della media nazionale. Poiché queste stesse regioni sono comprese nel gruppo di quelle che hanno registrato una riduzione dei ricoveri superiore alla media e, quasi tutte, avevano all'attivo bassi tassi di ospedalizzazione nel 2002, si può supporre che abbiano avviato adeguate politiche di contrasto del fenomeno dell'appropriatazza dei ricoveri, sia per il regime ordinario che diurno, potenziando contestualmente sia il livello di offerta che l'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali.

Tabella 1 - Primi 10 DRG medici ad elevato rischio di inappropriatazza – Anni 2002 - 2003

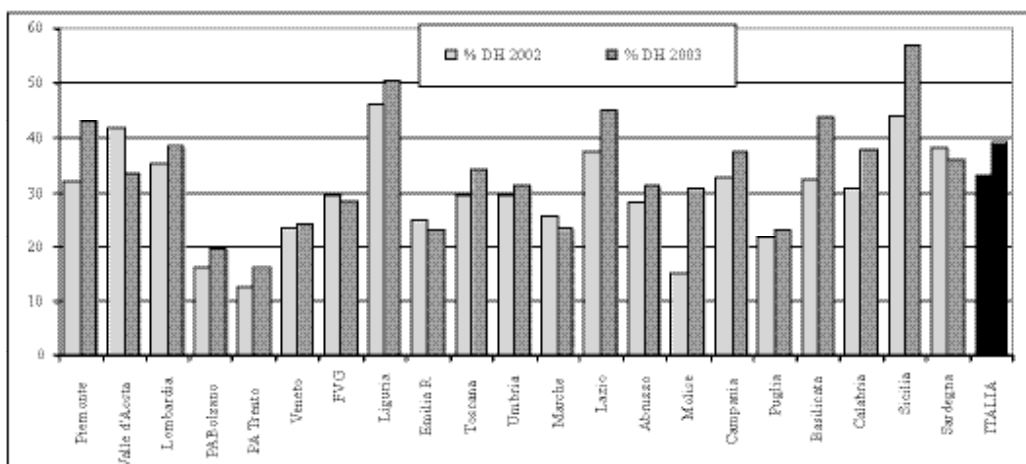
Rango 2002	Rango 2003	DRG
1	1	183 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie apparato digerente, età > ai 17 anni
2	2	467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute
5	3	184 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattia apparato digerente, età < ai 17 anni
4	4	134 - Ipertensione
3	5	243 - Affezioni mediche del dorso
6	6	301 - Malattie endocrine senza cc.
8	7	395 - Anomalie dei globuli rossi
7	8	294 - Diabete, età > 35 anni
9	9	284 - Malattie minori della pelle senza cc.
10	10	324 - Calcolosi urinaria senza cc.

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

Tabella 2 - Ricoveri e percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriata, per regione - Anni 2002 -2003

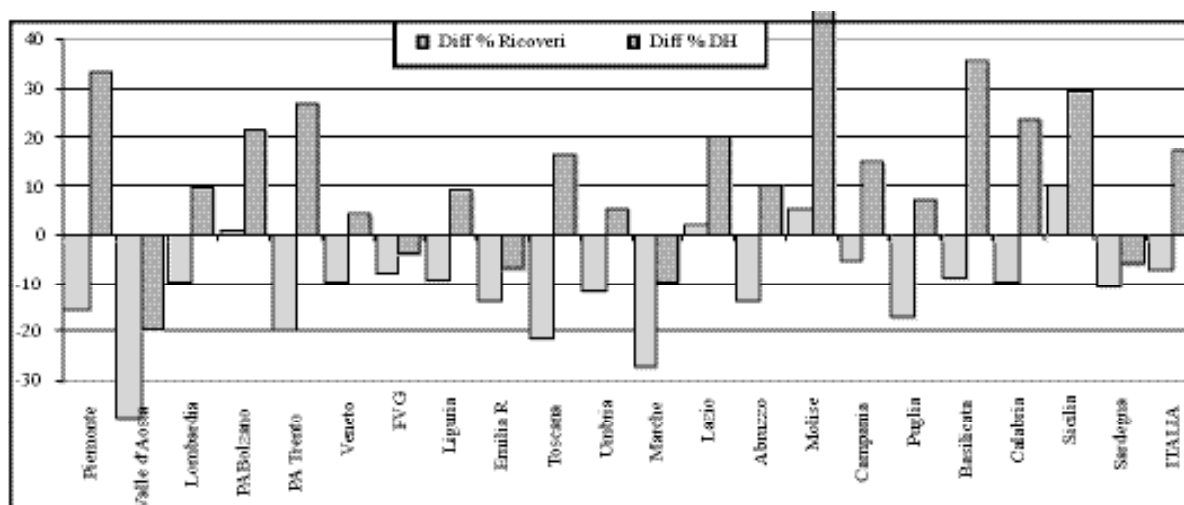
Regioni	Totale ricoveri			% Casi DH		
	2002	2003	Variazione %	2002	2003	Variazione %
Piemonte	67.058	56.713	-15,4	32,2	43,1	33,6
Valle d'Aosta	1.938	1.207	-37,7	41,8	33,7	-19,4
Lombardia	229.703	207.729	-9,6	35,1	38,4	9,5
Bolzano-Bozen	15.091	15.207	0,8	16,1	19,5	21,5
Trento	7.598	6.101	-19,7	12,6	15,9	26,8
Veneto	84.759	76.532	-9,7	23,3	24,2	4,1
Friuli-Venezia Giulia	15.893	14.703	-7,5	29,7	28,5	-4,0
Liguria	58.429	53.054	-9,2	46,1	50,3	9,2
Emilia-Romagna	76.046	65.685	-13,6	24,8	23,1	-7,0
Toscana	74.082	58.147	-21,5	29,3	34,1	16,3
Umbria	23.392	20.712	-11,5	29,7	31,3	5,4
Marche	29.758	21.728	-27,0	25,9	23,4	-9,5
Lazio	171.199	174.070	1,7	37,5	45,1	20,2
Abruzzo	63.028	54.346	-13,8	28,3	31,2	10,2
Molise	11.901	12.529	5,3	15,0	30,6	103,8
Campania	199.048	188.930	-5,1	32,7	37,5	14,9
Puglia	146.093	121.174	-17,1	21,6	23,2	7,5
Basilicata	18.761	17.130	-8,7	32,3	43,7	35,4
Calabria	80.157	72.375	-9,7	30,7	37,9	23,7
Sicilia	228.583	252.113	10,3	44,0	56,9	29,3
Sardegna	64.930	57.940	-10,8	38,1	35,9	-5,9
Italia	1.667.447	1.548.125	-7,2	33,1	38,9	17,4

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

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriata, per regione - Anni 2002-2003

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

Grafico 2 - Ricoveri totali e in Day hospital - DRG LEA- Differenza % dei ricoveri totali e in Day Hospital per tutti i DRG medici e a rischio di inappropriatezza, per regione – Anni 2002 – 2003



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

DRG183 - Esofagite, gastroenterite e miscelanea malattie apparato digerente, età > 17 anni.

Il confronto 2002 - 2003 del livello nazionale mostra una consistente riduzione dei ricoveri complessivi (- 10,3 %) a cui contribuiscono, con una modesta variabilità, la grande maggioranza delle regioni. Molte delle regioni del Centro – Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Emilia-Romagna, Toscana e Marche) realizzano riduzioni dei ricoveri superiori al valore medio nazionale sebbene presentassero già tassi di ospedalizzazione 2002 decisamente contenuti. Al contrario per quasi tutte le regioni meridionali (Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) la riduzione dei ricoveri, seppure consistente, insiste su tassi di ospedalizzazione 2002 elevati e costantemente superiori al valore di riferimento. Solo la PA di Bolzano ed il Lazio registrano un lieve aumento dell'ospedalizzazione in coincidenza con significativi incrementi della percentuale di Day Hospital (tabella 3).

La percentuale di ricoveri effettuata in Day Hospital cresce su base nazionale, con un incremento generalizzato sebbene molto variabile da regione a regione, del 16,1% rispetto all'anno precedente e si attesta sul valore del 25,1% del totale dei ricoveri. I valori della percentuale di Day Hospital del 2003 sono molto dispersi intorno alla media (range: 7,5% - 42,1%) con forti variabilità regionali. Quindici regioni presentano valori più bassi del riferimento nazionale e la PA di Bolzano, PA di Trento, Emilia Romagna, Marche e Molise si attestano su valori inferiori al 15%. Solo sei regioni presentano valori superiori alla media nazionale (Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Basilicata, Calabria e Sicilia) e tutte, tranne la Valle d'Aosta, registrano anche sensibili incrementi dell'indicatore rispetto all'anno precedente, non sempre compensati

da una contestuale ed altrettanto marcata riduzione dei ricoveri complessivi. Questa combinazione, peraltro associata a tassi di dimissione 2002 superiori al valore di riferimento, consente di ipotizzare in tali contesti un ricorso eccessivo al ricovero in generale ed un sovrautilizzo delle strutture di ricovero diurno, probabilmente collegato ad una limitata offerta o accessibilità dei servizi ambulatoriali e distrettuali.

Soltanto in quattro regioni, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Puglia, si osserva una riduzione della quota di ricovero in DH rispetto all'anno precedente. Le ultime tre regioni abbinano a tale dato percentuali di ricovero in Day Hospital sensibilmente inferiori al valore di riferimento nazionale e riduzioni o stabilità dei ricoveri complessivi, il che fa supporre che in tali ambiti territoriali vi sia disponibilità di un'adeguata offerta di servizi alternativi all'ospedalizzazione ed al ricovero diurno.

Il Molise, che nel 2002 presentava percentuali di DH assai basse ed un tasso di ospedalizzazione specifico superiore al valore di riferimento, ha notevolmente migliorato il setting assistenziale per le patologie considerate riducendo sensibilmente il numero dei ricoveri (-8,1%) ed aumentando fino al 12,2% i casi gestiti in Day Hospital.

Tabella 3 - Ricoveri e percentuale di utilizzo del Day Hospital con DRG 183: esofagite, gastroenterite e miscelanea malattie apparato digerente, di età 17 anni e oltre, per regione – Anni 2002 -2003

Regioni	Totale ricoveri			% Casi DH		
	2002	2003	Variazione %	2002	2003	Variazione %
Piemonte	5.756	4.777	-17,0	15,6	17,0	9,2
Valle d'Aosta	251	195	-22,3	34,7	32,8	-5,3
Lombardia	21.499	18.395	-14,4	20,6	23,1	12,0
Bolzano-Bozen	1.929	1.976	2,4	8,1	11,2	38,8
Trento	681	558	-18,1	5,0	7,5	50,9
Veneto	10.307	9.614	-6,7	14,6	14,8	1,8
Friuli-Venezia Giulia	1.355	1356	0,1	21,0	17,8	-15,2
Liguria	5.760	5.229	-9,2	34,0	35,6	4,7
Emilia-Romagna	9.382	8.067	-14,0	10,3	9,8	-5,1
Toscana	8.142	6.287	-22,8	15,5	19,8	28,1
Umbria	3.373	3.255	-3,5	18,1	22,5	24,0
Marche	3.382	2.491	-26,3	11,4	14,1	23,2
Lazio	22.132	22.643	2,3	25,9	31,5	21,7
Abruzzo	8.253	6.296	-23,7	11,6	14,0	21,1
Molise	1.549	1.423	-8,1	1,2	12,2	948,3
Campania	26.257	25.163	-4,2	20,3	25,0	23,3
Puglia	20.487	15.989	-22,0	17,5	15,7	-10,1
Basilicata	2.680	2.278	-15,0	21,7	31,2	44,0
Calabria	12.154	10.960	-9,8	28,3	32,3	14,2
Sicilia	27.393	25.550	-6,7	36,4	42,1	15,5
Sardegna	7.491	7.110	-5,1	14,9	15,1	1,1
Italia	200.213	179.612	-10,3	21,6	25,1	16,1

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

Percentuale di utilizzo del DH – DRG 183. Anno 2003



DRG 243: Affezioni mediche del dorso. La riduzione dei ricoveri del livello nazionale è notevole (-12,9%) ed a tale risultato contribuiscono in modo abbastanza omogeneo tutte le regioni. L'unica eccezione è data dalla PA di Bolzano che aumenta il ricorso al ricovero (+9,3%) pur presentando nel 2002 un tasso di ospedalizzazione quasi doppio rispetto al valore di riferimento nazionale ed una percentuale di Day Hospital decisamente bassa. I ricoveri effettuati

in regime diurno presentano un forte incremento rispetto all'anno precedente (+20,9%), il valore dell'indicatore a livello nazionale è il 19,6% del totale dei ricoveri. Dodici regioni presentano valori più bassi del riferimento nazionale e nella PA di Trento, Abruzzo, Molise e Puglia si osservano valori inferiori al 10% dei ricoveri totali. In nove regioni si osservano invece valori dell'indicatore superiori al riferimento medio nazionale. Quattro regioni (Valle d'Aosta, PA di Trento, Emilia-Romagna e Sardegna) presentano una riduzione della quota di ricovero in DH rispetto all'anno precedente associando a tale dato (come peraltro la Lombardia, Friuli-Venezia-Giulia e Marche), percentuali di ricovero in Day Hospital sensibilmente inferiori al valore medio, consistenti riduzioni dei ricoveri complessivi e, tranne la Sardegna, tassi di dimissione 2002 inferiori al valore di riferimento nazionale. Tale combinazione di risultati lascia supporre che in queste regioni siano state adottate con successo misure volte ad assicurare percorsi diagnostici e terapeutici alternativi sia al ricovero tradizionale che al ricovero diurno. La regione Abruzzo, che nel 2002 presentava il più elevato tasso di dimissione DRG specifico (48,3 per 10.000 abitanti, oltre il doppio della media nazionale), ha ottenuto una riduzione del 16,5% dei ricoveri, ma ha incrementato di pochissimo la già bassa percentuale di trasferimento in Day Hospital (da 8,2% a 8,4%), segno abbastanza evidente che per le patologie considerate lo sviluppo di servizi alternativi al tradizionale ricovero ospedaliero risulta ancora insufficiente.

Tabella 4 - Ricoveri e percentuale di utilizzo del Day Hospital con DRG 243: affezioni mediche del dorso, per regione – Anni 2002 -2003

Regioni	Totale ricoveri			% Casi DH		
	2002	2003	Variazione %	2002	2003	Variazione %
Piemonte	5.913	5.369	-9,2	30,3	34,8	15,1
Valle d'Aosta	204	156	-23,5	22,6	19,2	-14,7
Lombardia	14.783	11.821	-20,0	11,5	14,1	22,0
Bolzano-Bozen	1.969	2.152	9,3	11,2	13,2	17,7
Trento	785	638	-18,7	2,9	2,5	-14,3
Veneto	7.656	6.952	-9,2	19,3	23,7	22,9
Friuli-Venezia Giulia	1.242	1.190	-4,2	14,5	19,4	34,0
Liguria	4.210	3.631	-13,8	25,5	28,8	13,2
Emilia-Romagna	6.619	5.871	-11,3	13,6	12,9	-5,2
Toscana	6.783	5.333	-21,4	14,5	20,0	38,2
Umbria	2.296	1.860	-19,0	22,7	23,5	3,7
Marche	2.498	1.960	-21,5	5,4	10,0	84,3
Lazio	12.828	11.462	-10,6	25,0	30,5	22,1
Abruzzo	6.498	5.429	-16,5	8,2	8,4	3,2
Molise	1.256	1.127	-10,3	3,9	9,9	152,6
Campania	11.425	11.037	-3,4	22,4	26,3	17,3
Puglia	14.344	11.646	-18,8	0,8	1,0	20,5
Basilicata	1.665	1.335	-19,8	15,2	19,7	29,6
Calabria	6.775	5.251	-22,5	8,4	12,8	51,2
Sicilia	16.267	15.733	-3,3	25,0	28,5	14,3
Sardegna	5.613	4.722	-15,9	16,5	15,0	-8,7
Italia	131.629	114.675	-12,9	16,2	19,6	20,9

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

Percentuale di utilizzo del Day Hospital – DRG 243. Anno 2003



DRG 134 – Ipertensione. A livello nazionale il numero complessivo dei ricoveri si riduce del 10,7% con un diverso ma positivo contributo di quasi tutte le regioni. La percentuale di ricoveri effettuata in Day Hospital presenta un incremento generalizzato (+14,4% rispetto al 2002 per il livello nazionale) e molto variabile da regione a regione. Il valore medio nazionale dell'indicatore si attesta sul 52,7 % del totale dei ricoveri, la distribuzione dei valori è molto diso-

mogenea ed il range elevatissimo (12,2% – 65,6%). Quattordici regioni presentano valori più bassi del riferimento nazionale e la PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto e Marche registrano valori inferiori al 15%. Sette regioni presentano valori superiori alla media nazionale (Valle d'Aosta, Lombardia, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia) e tutte, tranne la Valle d'Aosta, registrano anche sensibili incrementi dell'indicatore rispetto all'anno precedente. Questi dati fanno ipotizzare un sovrautilizzo delle strutture di ricovero diurno e a tale riguardo è degno di nota il risultato del Lazio che, oltre ad incrementare dal 44,1 al 56,8 la percentuale di Day Hospital, registra anche un leggero aumento del numero complessivo dei ricoveri sebbene nel 2002 presentasse un tasso di dimissione già superiore al valore di riferimento. Soltanto in quattro regioni (Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Marche ed Abruzzo) si osserva una riduzione della quota di ricovero in DH rispetto all'anno precedente. Emilia-Romagna e Marche abbinano a tale dato percentuali di ricovero in Day Hospital molto inferiori al valore di riferimento nazionale, forti riduzioni dei ricoveri complessivi e basso tasso di ospedalizzazione, segno inequivocabile che per la patologia considerata sono stati definiti ed attivati percorsi diagnostico terapeutici extradegenza con una adeguata offerta dei relativi servizi.

Tabella 5 - Ricoveri e percentuale di utilizzo del Day Hospital con DRG 134: ipertensione, per regione – Anni 2002 -2003

Regioni	Totale ricoveri			% Casi DH		
	2002	2003	Variazione %	2002	2003	Variazione %
Piemonte	2.377	1.974	-17,0	31,3	31,3	0,0
Valle d'Aosta	117	45	-61,5	57,3	53,3	-6,9
Lombardia	13.574	11.874	-12,5	58,3	65,1	11,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>512</i>	<i>490</i>	<i>-4,3</i>	<i>6,1</i>	<i>12,7</i>	<i>109,1</i>
<i>Trento</i>	<i>365</i>	<i>324</i>	<i>-11,2</i>	<i>6,3</i>	<i>14,2</i>	<i>125,4</i>
Veneto	4.497	3.634	-19,2	11,6	12,2	4,8
Friuli-Venezia Giulia	757	761	0,5	22,9	23,7	3,5
Liguria	3.419	2.838	-17,0	49,7	50,4	1,5
Emilia-Romagna	3.207	2.594	-19,1	24,5	19,7	-19,3
Toscana	3.775	2.345	-37,9	30,6	41,2	34,9
Umbria	1.129	971	-14,0	31,4	32,3	3,1
Marche	1.777	1.095	-38,4	27,2	14,3	-47,7
Lazio	13.757	13.912	1,1	44,1	56,8	28,6
Abruzzo	5.494	4.671	-15,0	32,7	31,3	-4,3
Molise	914	1.057	15,6	2,1	22,8	996,2
Campania	21.714	19.451	-10,4	54,8	61,7	12,6
Puglia	20.594	18.321	-11,0	58,4	62,4	6,9
Basilicata	1.773	1.652	-6,8	43,5	65,6	50,6
Calabria	10.301	8.627	-16,3	40,7	48,7	19,7
Sicilia	16.051	16.044	0,0	51,8	59,0	14,0
Sardegna	3.322	2.860	-13,9	17,8	21,1	18,1
Italia	129.426	115.540	-10,7	46,1	52,7	14,4

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

Percentuale di utilizzo del Day Hospital – DRG 134. Anno 2003



Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'analogha scheda del Rapporto Osservasalute 2004 sono stati suggeriti i possibili obiettivi di programmazione che le diverse regioni avrebbero dovuto porsi rispetto all'analisi condotta. In sintesi le variabili allora considerate, tasso di dimissione e percentuale di trasferimento in Day Hospital per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza, individuavano situazioni di performance adeguata (basso tasso di dimissione e

elevata % di DH), situazioni intermedie in cui uno dei due indicatori non risultava allineato ai valori di riferimento e situazioni francamente anomale, in cui entrambi i parametri considerati si discostavano notevolmente dai valori medi nazionali. Le indicazioni poste al fine di perseguire un effettivo miglioramento del setting assistenziale riguardavano essenzialmente interventi volti alla riduzione della domanda di ricovero ed al progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in Day Hospital. Si faceva altresì cenno alla necessità di disporre di maggiori informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi ambulatoriali al fine di valutare compiutamente i determinanti dell'inappropriatazza dei ricoveri.

Le raccomandazioni poste lo scorso anno sono ancora attuali e mantengono intera la loro validità, specie per quelle situazioni limite che nel frattempo non hanno ancora avviato efficaci azioni correttive. Dall'analisi svolta in questa sede risulta evidente che, a distanza di due anni, le indicazioni poste dal DPCM 9/11/2001 sono state in larga massima rispettate e, poiché il trend generale rilevato rispecchia fedelmente le indicazioni della programmazione, si può prevedere che il consolidamento delle azioni avviate nelle diverse realtà produca in prospettiva ulteriori risultati positivi.

Il confronto fatto sui dati 2002-2003 aggiunge peraltro nuovi elementi di valutazione in quanto in alcune regioni sembra che non sia più logico perseguire obiettivi di trasferimento dell'attività di ricovero ordinario in DH e di incremento della quota di ricovero in tale sede. Infatti, avendo già in parte agito sulla

domanda e sulla struttura dell'offerta, diverse realtà registrano Tassi di Ospedalizzazione bassissimi, costanti decrementi dell'attività di DH per i DRG considerati e sembrano avere aperto un nuovo fronte che pone il livello di assistenza ambulatoriale al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici, anche per prestazioni di una certa complessità.

Tali nuove evidenze suggeriscono l'utilità di perseguire ulteriori ipotesi di analisi e di programmazione.

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

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

Ricoveri di un giorno per DRG medici

Significato. I ricoveri ordinari con degenza di un solo giorno rappresentano un importante aspetto dell'inappropriato uso dell'ospedale e sono nella maggioranza dei casi espressione di imperfette valutazioni cliniche, di anomalie organizzative o di modelli assistenziali ancora troppo centrati sulla rete dei servizi ospedalieri piuttosto che su quella dei servizi territoriali alter-

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

Percentuale delle dimissioni con DRG medico in degenza ordinaria con un solo giorno di degenza

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

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

Validità e limiti. L'indicatore considera insieme sia i ricoveri urgenti che i ricoveri programmati con un solo giorno di degenza. Ai primi vanno ascritti casi che hanno ricevuto per vari motivi un'insufficiente valutazione clinica all'atto dell'accettazione in Pronto Soccorso e casi per i quali il ricorso ai servizi di urgenza si rende necessario per carenze nell'offerta o nell'accesso ai servizi erogati dai Medici di Medicina Generale o ai poli diagnostici e/o terapeutici extraospedalieri. Questa ultima condizione e le liste di attesa per indagini diagnostiche rappresentano le cause più frequenti del ricorso a ricoveri programmati che si esauriscono con una sola giornata di degenza. Dai ricoveri di un giorno sono esclusi quelli relativi ai pazienti deceduti ed ai trasferiti in altri ospedali per il

proseguimento delle cure (circa il 14%) in quanto si presume che in entrambe le situazioni le scelte assistenziali attuate siano condizionate da fattori non direttamente correlati ai modelli organizzativi adottati per contrastare il fenomeno dell'appropriatezza dei ricoveri. Sono invece compresi i ricoveri di un solo giorno effettuati nelle strutture di degenza annesse ai servizi di Pronto Soccorso che svolgono funzioni di Medicina d'urgenza o Astanteria e pertanto occorre tenere conto di questo limite nell'interpretazione e nella valutazione dei dati.

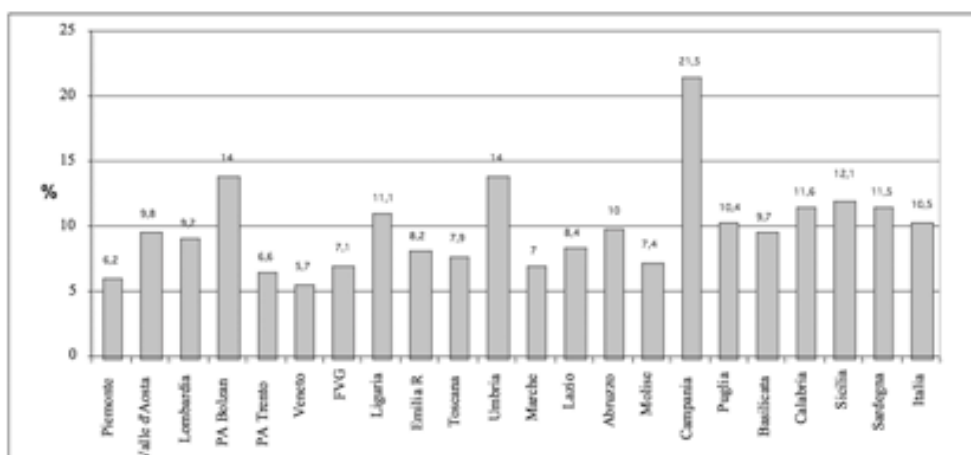
Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per individuare le migliori performance. Il valore medio delle cinque regioni con

Tabella 1 - Dimissioni con DRG medico in regime ordinario, per regione (Dimessi con 1 solo giorno di degenza, deceduti e trasferiti con un solo giorno di degenza, percentuale) – Anno 2003

Regioni	Dimessi	Deceduti e trasferiti	Totale ricoveri	%
Piemonte	18.736	5.503	300.927	6,2
Valle d'Aosta	1.005	168	10.260	9,8
Lombardia	74.943	11.788	817.966	9,2
Bolzano-Bozen	8.195	839	58.598	14,0
Trento	2.818	906	42.706	6,6
Veneto	23.079	6.539	406.958	5,7
Friuli-Venezia Giulia	7.060	2.160	99.562	7,1
Liguria	18.624	2.987	168.333	11,1
Emilia-Romagna	31.801	7.516	385.772	8,2
Toscana	25.982	5.722	328.012	7,9
Umbria	11.990	1.362	85.927	14,0
Marche	9.870	2.499	141.113	7,0
Lazio	45.913	12.540	545.773	8,4
Abruzzo	17.874	1.936	179.422	10,0
Molise	3.055	515	41.187	7,4
Campania	130.285	7.382	606.536	21,5
Puglia	50.566	4.750	484.523	10,4
Basilicata	5.514	633	56.992	9,7
Calabria	26.265	2.042	226.741	11,6
Sicilia	71.753	4.961	591.174	12,1
Sardegna	21.019	2.451	183.542	11,5
Italia	606.347	85.199	5.762.024	10,5

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

Grafico 1 - Percentuale delle dimissioni con DRG medico con un solo giorno di degenza in regime ordinario, per regione – Anno 2003



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

i valori più bassi di ricoveri medici di un giorno (6,5%) fornisce una misura concreta delle reali possibilità di contrastare il fenomeno.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale i ricoveri medici di un giorno effettuati in degenza ordinaria sono oltre 600 mila, il 10,5 % del totale dei ricoveri di tipo internistico (tabella 1 e grafico 1).

Il range è molto ampio, compreso tra il 5,7% del Veneto e il 21,5% della Campania. Sette regioni (PA Bolzano, Liguria, Umbria, Calabria, Campania, Sardegna e Sicilia) presentano percentuali di ricoveri medici di un giorno in Degenza Ordinaria superiori alla media nazionale e tutte le altre 14 inferiori.

Tutte le regioni con valori dell'indicatore superiori o prossimi alla media nazionale fanno registrare (con l'eccezione dell'Umbria) anche elevati tassi di ospedalizzazione, a conferma del forte contributo fornito dai ricoveri potenzialmente inappropriati agli scostamenti rilevati, specie nelle regioni del Sud, per tale importante parametro della programmazione ospedaliera. Il dato della Campania, emblematico in quanto più di un ricovero di tipo internistico ogni cinque si conclude con una degenza di un solo giorno, dovrebbe essere ulteriormente indagato per comprendere se tale eccesso di ospedalizzazione impropria sia da ascrivere ad un insufficiente azione di filtro dei servizi di urgenza, ad un improprio utilizzo della degenza ordinaria per eseguire accertamenti ed attività assistenziali proprie del livello ambulatoriale distrettuale e del Day Hospital, ovvero ad entrambi i fattori.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'elevatissimo numero di ricoveri medici di un giorno effettuati in regime di Degenza Ordinaria incide in

modo rilevante sul tasso di ospedalizzazione del livello nazionale (circa 215 ricoveri per 1.000 abitanti nel 2003) e soprattutto di quelle regioni che presentano entrambi tali parametri superiori ai valori di riferimento. Contrastare tale aspetto dell'inappropriato uso della degenza ordinaria, oltre che contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione entro il limite complessivo di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalle recenti linee di programmazione nazionale, può consentire, senza modificare nella sostanza i livelli prestazionali ed assistenziali assicurati ai cittadini, un migliore utilizzo delle risorse disponibili e la valorizzazione del ruolo dell'ospedale come luogo deputato a fornire risposte assistenziali a problemi di salute complessi caratterizzati da acuzie e gravità. Il fenomeno descritto è certamente dipendente dal comportamento dei clinici ma quasi sempre concorrono caratteristiche non fisiologiche del contesto organizzativo di riferimento, anomalie del sistema dell'offerta di servizi e spesso anche politiche tariffarie regionali che non favoriscono i comportamenti virtuosi e/o penalizzano in modo insufficiente l'inappropriato uso della degenza ordinaria. La correzione di queste anomalie impone alle regioni di attuare specifici sistemi di monitoraggio e promuovere ulteriormente, in coerenza con le indicazioni del DPR 29 novembre 2001 sui LEA, programmi finalizzati agli obiettivi di appropriatezza, allo sviluppo della rete dei servizi territoriali, alla loro effettiva integrazione con il livello ospedaliero e alla definizione, con il coinvolgimento dei clinici, di adeguati percorsi diagnostico terapeutici. Inoltre, nei casi limite, sembra logico proporre l'introduzione di forti disincentivi economici per contrastare i comportamenti francamente anomali, nonché l'artificiosa induzione della domanda.

L'esperienza di Week Surgery in due strutture della regione Veneto

Prof. Claudio Cordiano, Prof. Vincenzo Pezzangora

Negli ultimi anni si assiste ad una progressiva revisione organizzativa delle strutture assistenziali di chirurgia con l'obiettivo di una migliore efficienza sul piano operativo con una particolare attenzione al versante economico senza modificazioni a detrimento della qualità di cura.

In questa prospettiva il modello della Week-Surgery è stato studiato sperimentalmente all'interno di due Unità di cura chirurgiche della Regione Veneto.

La sperimentazione ha preso avvio dalle sostanziali innovazioni organizzative, culturali e tecniche indotte dal modello del Day Hospital e della Day Surgery che hanno modificato il concetto di ricovero per pazienti acuti, la sua durata e le ricadute gestionali sul sistema sanitario.

Tale esperienza è stata attuata nel corso dell'anno 2004 presso la I^a Divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Mestre diretta dal Prof. Vincenzo Pezzangora e presso la I^a Divisione Clinicizzata di Chirurgia Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona diretta dal Prof. Claudio Cordiano.

Sono state selezionate all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutici della chirurgia generale, per il trattamento in week-surgery, le tipologie di casi comprendenti i pazienti non urgenti precedentemente studiati in Day Hospital o in sede extra ospedaliera con durata stimata del periodo post-operatorio non superiore a 3 giorni, con invasività e complessità dell'approccio chirurgico bassa e media.

Tali pazienti rientravano, secondo l'American Society of Anesthesiologists, nelle classi ASA1 e ASA2, ossia pazienti sani e pazienti affetti da una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale. Venivano trattati per colelitiasi, malattie della tiroide, malattie della mammella, arteriopatie periferiche, malattie abitualmente inserite nel percorso assistenziale della Day Surgery, ma nei quali le condizioni cliniche obbligavano al ricovero ordinario.

Nell'insieme il gruppo di pazienti trattato in Week Surgery è risultato essere all'incirca il 20% di tutti i pazienti trattati con ricovero ordinario.

La durata del ricovero e le dimissioni di ogni paziente sono state monitorizzate e sono avvenute nel 98% dei casi entro le ore 12 del venerdì.

La sperimentazione è durata 4 mesi, ed il numero di malati registrati è stato di 650 nelle due Unità Operative. La ricerca ha consentito di osservare che la Week Surgery non modifica i livelli organizzativi e la struttura finanziaria dei ricoveri se si realizza in una unica Divisione di cura con 40 posti letto (esperienza veronese): il numero di malati da trattare in regime di Week Surgery non ha infatti consentito di realizzare la chiusura di una sezione di cura di 16 posti letto dal venerdì al lunedì.

L'esperienza di Mestre che ha visto il coordinamento di almeno 2 Unità di cura con 80 posti letto e numero di ricoveri/anno superiore ai 2000 casi ha invece prodotto i risultati che appaiono significativi su diversi piani:

- possibilità di isolamento di una sezione di ricovero per Week Surgery che dalle ore 14.00 del venerdì al lunedì mattina può essere chiusa alle funzioni assistenziali;
- miglioramento nell'utilizzo del personale non medico, recuperato alla fine della settimana da utilizzare per le necessità organizzative di altre Unità di cura;
- riduzione della presenza della popolazione dei malati ricoverati negli ospedali nei fine settimana, con riduzione dei costi aziendali;
- prevalenza dei casi complessi trattati nell'Unità di cura con conseguente insorgenza di problemi clinici e di complicanze nella II^a parte della settimana.
- pare che quanto accennato al punto d) sia meritevole di osservazione e di valutazione della qualità di cura stante l'esistente carenza quantitativa (e non di rado qualitativa) di personale medico e tecnico negli ospedali tra venerdì sera e lunedì mattina.

Benchmarking su indicatori di performance clinica, organizzativa ed economica delle Aziende Ospedaliere Universitarie italiane¹

Dott. Luca Favero e Dott. Ubaldo Montaguti

Il benchmarking è una metodologia di confronto della performance nata per rispondere alle forti dinamiche competitive degli anni 70 che negli ultimi anni si è affermato come strumento di gestione oltre che nel mondo delle aziende private anche nel settore pubblico. Questo strumento è stato scelto dall'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) di Ferrara per misurare e confrontare il livello di performance raggiunto dalle Aziende Ospedaliere Universitarie italiane.

Queste aziende, che costituiscono delle entità singolari in ambito ospedaliero perché sono investite di un mandato di eccellenza e la loro "mission" prevede di assolvere oltre all'attività assistenziale anche quelle di didattica e ricerca, non dispongono di un sistema di riferimento per verificare il gap esistente, sul versante operativo ed organizzativo, tra la specifica situazione contingente sperimentata ed i possibili obiettivi di eccellenza da perseguire. L'assenza di un sistema di riferimento ha spinto l'AOU di Ferrara a proporsi quale capofila del "Progetto" che ha interessato 19 Aziende Ospedaliere e Policlinici Universitari italiani, ha avuto una durata di due anni e si è concluso nei primi mesi del 2005. Ciascuna azienda, seguendo precise indicazioni metodologiche per assicurare omogeneità e confrontabilità, ha effettuato una raccolta di dati economici e di attività relativi all'anno 2002. Il confronto tra i dati raccolti è stato effettuato sia a livello di aggregato aziendale (con valutazione degli aspetti strutturali, di produzione e di bilancio), sia a livello di unità operativa, procedendo per zoom successivi, secondo un percorso "diagnostico" in grado di individuare le aree di criticità/eccellenza. Un aspetto di novità riguarda la valutazione dei Servizi Diagnostici e Clinici di supporto (anestesia, comparto operatorio, radiologia, laboratorio), dei Servizi Generali (settore alberghiero, magazzino, bilancio, provveditorato), e la produzione di indicatori per la valutazione della produzione scientifica (pubblicazioni ed Impact Factor).

Data la particolarità delle aziende partecipanti, si è optato per costituire standard di riferimento specifici intra-gruppo e non extra-gruppo e pertanto è stata scelta una forma di comparazione di tipo "relativo" e non "assoluto". L'output finale del progetto è stato la costruzione di una banca dati aggiornabile e a disposizione delle aziende partecipanti alla ricerca, contenente i singoli dati e gli indicatori di performance specifici.

L'analisi di dettaglio è stata svolta prendendo in considerazione le singole Unità Operative, in quanto tale livello è stato considerato il più adeguato per ricercare la confrontabilità e la "best practice"; per la individuazione del "best performer" l'attenzione è stata focalizzata su due dimensioni di analisi: l'appropriatezza e l'efficienza. Per ciascuna area disciplinare sono stati selezionati uno o più indicatori quantitativi di performance significativi (per l'appropriatezza la % dei ricoveri non a rischio di inappropriately; per l'efficienza, la degenza media normalizzata per DRG, il peso complessivo prodotto per medico, il numero di giornate di degenza per infermiere). È stato utilizzato il metodo del ranking, che permette di studiare i singoli reparti e di identificare quelli con migliore bilanciamento tra appropriatezza ed efficienza.

A tale riguardo, prendendo ad esempio l'area pediatrica ed i due reparti dell'AOU di Ferrara, è stato rilevato che per i parametri di appropriatezza e di efficienza utilizzati nel progetto, la Divisione Pediatrica si colloca tra le prime tre migliori realtà mentre la Clinica Pediatrica ottiene un ottimo risultato per l'appropriatezza ed un risultato minore per l'efficienza. La posizione di "best in class", per entrambe le dimensioni analizzate, è il frutto di una difficile, anche se possibile, mediazione tra il massimo dell'appropriatezza ed il massimo dell'efficienza. Nel caso considerato la buona performance complessiva può essere spiegata dalle politiche di deospedalizzazione e ricerca dell'appropriatezza perseguite a livello regionale ed aziendale, dal progressivo incremento delle risorse destinate ai servizi distrettuali, dalla volontà e capacità di progettare e gestire, nell'ambito della funzione di day service e fino dal 1999, Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) come alternativa al ricovero diagnostico in DO o DH ed infine anche dalle forti sinergie realizzate nel comune ambito Dipartimentale. La prevista disponibilità di indicatori confrontabili e dei resoconti forniti dalle singole aziende sulla natura delle azioni che hanno consentito alle stesse di ottenere le migliori performance, può consentire ai diversi livelli decisionali del sistema di valutare il corretto impiego delle risorse, di "posizionarsi" rispetto a situazioni di eccellenza sul versante clinico, organizzativo ed economico, ed, eventualmente, di avviare le conseguenti e coerenti attività di ottimizzazione.

La relazione finale dello studio è interamente scaricabile all'indirizzo web:

www.ospfe.it/index.phtml?id=1763.

(1) La presente ricerca ha usufruito di un finanziamento concesso dal Ministero della Salute nell'ambito dei progetti di ricerca finalizzata ex art. 12, comma 2, lett. B del D.Lgs. 502/92 per l'anno 2002.

Il Day Service Ambulatoriale in Emilia-Romagna

Dott. Gianni Pieroni

In Emilia-Romagna negli ultimi anni il tasso di ospedalizzazione è diminuito in modo costante mentre è parallelamente aumentato il volume delle attività specialistiche ambulatoriali che nel 2003 ha superato la soglia di 60 milioni di prestazioni erogate. Il potenziamento dell'offerta e dell'accessibilità ai servizi ambulatoriali, anche come alternativa al ricovero ospedaliero, è un obiettivo strategico che la regione ha perseguito attuando una profonda rimodulazione organizzativa dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Già dalla fine degli anni 90 specifiche direttive e linee guida (Delibera GR n°1296/98, circolare 10/1999 e D.G.R. n° 2142 del 28.11.2000) hanno fornito univoche indicazioni riguardo le modalità di prescrizione delle prestazioni specialistiche, l'appropriatezza nella loro erogazione, la semplificazione dell'accesso per i cittadini, i criteri per la rilevazione e la gestione delle liste di attesa, la determinazione dei tempi massimi di attesa e l'istituzione di un sistema informativo per il monitoraggio quali/quantitativo del modello proposto.

Le citate indicazioni programmatiche avevano introdotto anche il concetto di Day Service, un modello di attività specialistica ambulatoriale particolarmente utile nella gestione di situazioni cliniche per le quali il ricovero risulta inappropriato ma tali da richiedere comunque una presa in carico del paziente da parte dello specialista. Da allora tale modello organizzativo, anche attraverso l'elaborazione di "pacchetti" di Prestazioni Ambulatoriali Complesse (PAC), è stato adottato e sperimentato da diverse aziende fino a che nel 2004 la regione con la circolare n.° 8 ha emanato le "Linee Guida per un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata - Day Service Ambulatoriale (DSA)" con l'intento di disciplinare in modo univoco l'offerta, l'organizzazione e l'erogazione di tale attività.

Secondo la circolare il Day Service Ambulatoriale può essere attuato in ambito ospedaliero e/o all'interno di una struttura ambulatoriale territoriale. Affronta problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni multiple, integrate e/o complesse e che non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi. Il DSA di una determinata struttura deve prevedere la graduale riconversione delle attività di Day Hospital e deve essere garantita in maniera sistematica. Le problematiche cliniche da gestire richiedono l'esplicitazione, a priori, dei relativi protocolli diagnostico terapeutici, definiti dai professionisti interessati e formalizzati dalla Direzione Aziendale. L'accesso al DSA è riservato esclusivamente a casistica programmata ed è deciso ed attivato dal Medico specialista ospedaliero o territoriale che, a seguito di una visita ambulatoriale, valuta la necessità di avviare il paziente alla struttura. Il modello organizzativo deve assicurare:

- l'individuazione di un referente medico gestionale, di uno spazio fisico autonomo, di un'organizzazione dedicata e di relazioni strutturate fra il DSA, gli altri servizi diagnostici e le unità di cura dell'ospedale;
- la presenza contemporanea nella struttura di più specialisti per un approccio multidisciplinare al problema clinico del paziente;
- l'effettuazione di atti medici o di indagini diagnostiche e/o interventi terapeutici complessi (di tipo invasivo o con utilizzo di farmaci specifici) appartenenti a varie discipline specialistiche con la necessità di una gestione unitaria da parte dello specialista che gestisce il caso clinico;
- la formulazione tempestiva di una diagnosi o l'esecuzione di una terapia con un numero limitato di accessi (massimo di tre accessi in un mese per il DSA diagnostico e tre mesi per quello terapeutico);
- la predisposizione di una documentazione sanitaria specifica (scheda ambulatoriale) e di un referto riepilogativo.

Il DSA, coerentemente con quanto previsto dal DPCM 11/11/2001, arricchisce i set assistenziali ed organizzativi disponibili in ambito sanitario ed inoltre consente di perseguire alcuni qualificanti obiettivi del servizio sanitario:

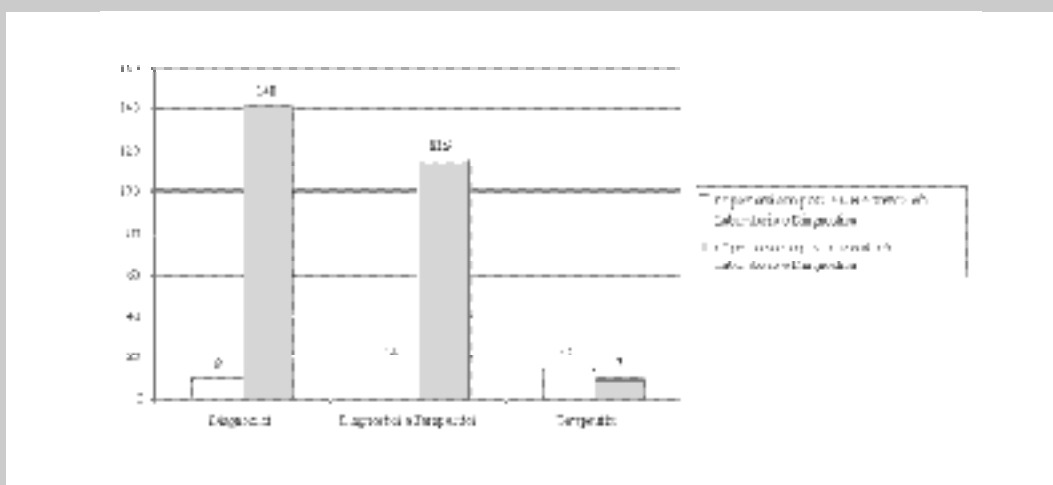
- assicurare che una vasta fascia di utenti fruisca delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in alternativa al ricovero ospedaliero, in particolare quello diurno, contribuendo a ridurre i tassi di ospedalizzazione e contrastando efficacemente anche il fenomeno dell'ospedalizzazione impropria;
- consentire all'azienda sanitaria di ridurre il frazionamento di prenotazioni delle singole prestazioni ambulatoriali con il conseguente sovraccarico gestionale e le inevitabili duplicazioni;
- offrire al medico specialista, e quindi al paziente, la possibilità di ottenere una diagnosi o una terapia fruendo in un solo giorno o in un numero limitato di accessi, di tutte le potenzialità diagnostiche e terapeutiche presenti in ospedale o in una struttura ambulatoriale polispecialistica.

Il sistema informativo attivato per il DSA ed alcune indagini ad hoc consentiranno di monitorare le fasi di implementazione del nuovo modello organizzativo e di rilevare dal 2005 i primi dati di attività consolidati. Ad

oggi sono disponibili informazioni su stime di attività e su alcune caratteristiche organizzative. Tutte le aziende sanitarie della regione hanno attivato Percorsi Ambulatoriali Complessi (PAC) e 15 aziende su 17 hanno formalmente avviato l'attività di DSA. I PAC attivi nelle diverse aziende sono 301, di cui 150 diagnostici, 22 terapeutici e 129 diagnostico-terapeutici (grafico 1). Le discipline più rappresentate sono, nell'ordine, quelle relative alle patologie endocrine, cardiocircolatorie, neurologiche, digestive e respiratorie. L'accesso al DSA avviene nella maggioranza dei casi tramite il medico specialista della struttura (67%) ma anche tramite i MMG o i PLS (13%), altri specialisti (12%) o su proposta del medico di Pronto Soccorso (8%). Secondo stime attendibili nel 2004 sono stati gestiti in DSA oltre 15 mila accessi per prime visite ambulatoriali ed altrettanti accessi per l'erogazione di indagini diagnostiche, in gran parte laboratoristiche.

Per il prossimo futuro le aziende dovranno porre particolare attenzione al consolidamento del modello organizzativo, alla definizione ed al miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici e all'affinamento del sistema informativo mentre il livello regionale dovrà valutare l'impatto sugli asset assistenziali e probabilmente perfezionare le modalità di remunerazione delle attività rese.

Grafico 1 - Percorsi ambulatoriali complessi attivi nella regione Emilia-Romagna – Anno 2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: RER. Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari. Anno 2004

Studio della mobilità sanitaria

Prof. Nicola Nante, Dott. Gabriele Messina, Dott. Flavio Girardi, Dott.ssa Lucia Lispi

Significato

Il nostro sistema sanitario vuole garantire, da un lato, il soddisfacimento quanto più possibile "in loco" dei bisogni di assistenza e, contemporaneamente, dall'altro, la libertà di scelta del luogo di cura da parte del paziente. Lo studio della mobilità sanitaria, cioè dei flussi dei pazienti, in particolare ospedalieri, aiuta a verificare la capacità delle strutture sanitarie di soddisfare detti bisogni, a saggiare la qualità percepita dall'utente di dette strutture e ad identificare eventuali aree di carenza dell'offerta assistenziale. L'aziendalizzazione e la regionalizzazione del sistema, avviate all'inizio degli anni 90, rendono interessante il controllo della mobilità sanitaria anche sotto il profilo economico, in quanto i cittadini che si ricoverano in ospedali lontani incidono in maniera negativa sul bilancio della loro ASL/regione di residenza. La regione/ASL di residenza del paziente è costretta, infatti, a pagare alle regioni/ospedali di afferenza le prestazioni erogate, pur dovendo continuare a finanziare le proprie strutture sanitarie anche se non sfruttate in maniera ottimale. Le motivazioni che possono spingere un paziente a muoversi verso strutture di regioni diverse da quella di appartenenza possono essere molteplici. Una quota di mobilità è definibile come "fisiologica" (ad es. gli spostamenti tra zone confinanti di due regioni, urgenze legate a permanenze occasionali, ecc.). Devono invece essere oggetto di analisi e presa in carico da parte della programmazione gli spostamenti "evitabili", cioè quelli motivati dall'assenza di offerta "in loco" o dalla ricerca di una migliore qualità assistenziale. Questi spostamenti sono soprattutto influenzati dalla reputazione della struttura di ricovero e dai rapporti tra medico ospedaliero, medico di fiducia, (generalista o specialista) e paziente. Altri fattori, quali la lunghezza delle liste di attesa e la distanza, in caso di bisogni non urgenti, sembrano svolgere un ruolo inferiore (Nante N., 2003).

Metodi

Abbiamo raccolto i dati, divisi per regione di residenza e regione di ricovero, in una tabella a doppia entrata dalla quale sono ricavabili le informazioni necessarie alla costruzione del nomogramma di Gandy (Gandy, 1979). Esso porta a rappresentare graficamente e sinteticamente l'utilizzo delle strutture ospedaliere allocate in una determinata area da parte di pazienti di diversa provenienza.

Il nomogramma (Fig.1) risulta essere un'area quadrata di lato 100, nella quale una diagonale determina due triangoli: quello con base superiore racchiude condizioni dove il numero di attrazioni è maggiore di quello delle fughe, viceversa in quello con base inferiore. L'asse delle X nel grafico rappresenta la percentuale dei ricoveri dei residenti in una regione, effettuati nella regione di appartenenza. L'asse delle Y rappresenta invece la percentuale della domanda di ricovero espressa dai residenti in regione, soddisfatta in tale regione. Il nomogramma di Gandy evidenzia la percentuale di attratti e di fuggiti sul numero di ricoveri effettuati in una regione. Nel nomogramma, tanto più una regione si colloca in alto, tanto più essa riesce a soddisfare "in loco" la domanda della propria popolazione e, nel contempo, si colloca tanto più a sinistra quanto più attrae pazienti da altre regioni. Sulla diagonale si pongono le situazioni in cui le percentuali di pazienti "attratti" e di "fuggiti" si compensano tra loro. Il nomogramma nasce per studiare le singole realtà ospedaliere (Gandy). In particolare esso porta ad evidenziare immediatamente le strutture che, ponendosi nel quadrante in alto a sinistra, hanno una vocazione "extraterritoriale" o "multizonale" e quelle che, ponendosi nel quadrante in alto a destra, hanno una prevalente vocazione "zonale", cioè al ricovero dei residenti. Applicando, come abbiamo fatto, il nomogramma di Gandy ad una rete ospedaliera regionale, vocata per definizione alla soddisfazione della domanda interna, non vi è dubbio che l'area di migliore qualità è il triangolo a sinistra del quadrante superiore destro, dove R_r è la principale attività degli ospedali e le talora inevitabili fughe (F) sono meno delle attrazioni (A).

Descrizione dei risultati

In Italia, nel corso del 2003, sono stati effettuati, circa 900.000 ricoveri di pazienti "migrati", pari al 7,5% del totale delle ospedalizzazioni. Le varie regioni esaminate generano flussi "attivi" e "passivi" di pazienti diversi per entità e direzione. La regione che ha accolto il maggior numero di pazienti non residenti è la Lombardia, in cui è stato erogato un quinto dei ricoveri "migrati" (178.910), seguita da Lazio (103.167) e Emilia-Romagna (101.941). Le regioni che hanno attratto il minor numero di pazienti sono la Val d'Aosta (1903), la Sardegna (6109) e la Provincia Autonoma di Trento (8011). Le regioni che hanno i più alti tassi di ricoveri "fuggiti" sono Molise, Basilicata e Valle d'Aosta mentre quelli che hanno più bassi tassi di fuga sono Lombardia, Sardegna e Veneto. I tassi di ospedalizzazione dei residenti correlano debolmente in modo inverso con i tassi di fuga ($-0,45$). I tassi di ospedalizzazione non correlano né coi tassi di attrazione ($-0,33$) né di soddisfacimento potenziale della domanda interna ($-0,26$). La dotazione di posti letto correla debolmente ($-0,4$) con il tasso di soddisfacimento potenziale della domanda interna. Dall'analisi del nomogramma di Gandy (Figura 1) si può nota-

re come la maggior parte delle regioni si collocano in alto a destra, con valori percentuali di fughe e di attrazioni inferiori al 10%.

Le regioni che percentualmente presentano il minor numero di fughe e che, dunque, si collocano più in alto nel grafico, sono, con il 3,8%, la Lombardia e la Sardegna. Valori inferiori al 5% si riscontrano, oltre che per le due regioni anzidette, anche per Sicilia, Veneto e per la Provincia Autonoma di Bolzano.

Le percentuali più basse di attrazioni si riscontrano nelle due isole, entrambe intorno all'1,6%; esse nel grafico si collocano all'estrema destra, assieme a Campania (2,7%) e Calabria (3,5%).

Lo spostamento dei pazienti dalla propria regione sembra seguire un gradiente inversamente proporzionale alla distanza. Questo gradiente non riesce però a rendere completamente conto della "mobilità a lunga distanza" che si riscontra non solo dalle regioni del Meridione verso quelle Settentrionali, ma anche nel senso inverso, seppure in maniera assai meno evidente. Si notano come particolari le posizioni di Molise, Basilicata, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento e Calabria. Per quel che riguarda il Molise si nota come, ponendosi quasi esattamente sulla diagonale del nomogramma, le attrazioni, percentualmente elevate, compensino le fughe, anche esse percentualmente elevate. E' la situazione di una regione piccola, che potrebbe non porsi l'obiettivo dell'autosufficienza ma solo quello del pareggio dei conti (tasso di soddisfacimento potenziale della domanda non negativo) ad esempio attraverso accordi convenzionali con regioni confinanti, che prevedano la reciproca copertura di bisogni assistenziali complementari. Il Molise, con bassa densità di popolazione (72,3 ab./Km²), confina con regioni con territori sensibilmente più estesi e con una densità di popolazione più alta: Abruzzo (117,9 ab./Km²), Lazio (299,1 ab./Km²), Campania (421,6 ab./Km²) e Puglia (207,8 ab./Km²). Gli spostamenti da queste quattro regioni, esigui in valore assoluto, assumono un peso assai più rilevante se posti in relazione con il modesto numero di ricoveri effettuato in Molise e tendono a far sopravvalutare la capacità attrattiva di questa regione. La Basilicata, con un territorio poco più esteso del Molise, ha una densità di popolazione ancor minore (59,7 ab./Km²), come minore è il numero delle attrazioni, provenienti peraltro per circa il 90% dalle tre regioni limitrofe, assai più grandi e popolate (Calabria, Campania e Puglia). Alla luce delle esposte considerazioni è da ridimensionare la capacità attrattiva di questa regione, che risulta apparentemente tra le più elevate. Osservazioni analoghe possono essere fatte anche per la Provincia Autonoma di Trento e la Valle d'Aosta che, pure, dalla figura 1 apparirebbero dotate di una certa capacità attrattiva. Per quanto riguarda le regioni Sicilia e Sardegna, la situazione insulare rende probabilmente ragione dei bassi tassi di fuga, che le equiparano a Lombardia, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano; contrariamente a queste ultime, le suddette due regioni, il cui stato insulare giustifica anche la bassissima attrattività, si pongono a destra della diagonale del nomogramma. Sostanzialmente diversa è invece la situazione dell'Umbria, in cui, accanto alla sopravvalutazione delle attrazioni stimate con il Gandy, dovuta alle dimensioni minori della regione in rapporto alle sue confinanti, si ha una migliore capacità di soddisfare la domanda assistenziale "in loco".

Commenti

Sostanzialmente tutte le regioni del nostro paese soddisfano al loro interno gran parte della domanda di ricovero espressa dai propri residenti (quadrante superiore destro). Si può supporre che le regioni che maggiormente attraggono pazienti e quelle che sono meno dipendenti dalle altre abbiano un servizio sanitario più apprezzato ed attrezzato. Umbria, Emilia Romagna, PA di Bolzano, Toscana, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Abruzzo sembrano essere le regioni più "performanti". Per quantità di attrazioni la Lombardia appare la regione trainante. Ad avvalorare questa supposizione sono anche i circa 20.000 arrivi dall'estero che si registrano in Lombardia (quasi un quarto dei ricoveri di questo genere erogati in Italia). Valutazioni particolari devono essere riservate ai dati delle regioni più piccole, dove la mobilità è influenzata dal fatto che in esse non può trovare risposta ogni forma di domanda sanitaria espressa dalla loro popolazione e che esse necessariamente si devono appoggiare alle strutture delle regioni confinanti. Le regioni Meridionali presentano generalmente maggiori quote di pazienti che si spostano "a lungo raggio" rispetto a quelle Settentrionali. Oltre a flussi di pazienti dal Sud al Nord, abbiamo rilevato, anche se decisamente meno consistenti, dei flussi in senso opposto. Questi ultimi movimenti potrebbero essere attribuiti a soggetti originari delle regioni Meridionali trasferitisi al Nord in precedenza e che rientrano nella regione di origine per motivi di salute (Crotti 1992, Balzi 2002). Se dovessimo rilevare un incremento nel tempo di questo fenomeno, laddove la tradizione ci ha finora descritto solo i "viaggi della speranza" dal Sud al Nord, questo sarebbe un buon indicatore di una tendenza al riequilibrio del sistema.

La nostra analisi fornisce una sintetica valutazione dell'offerta di assistenza ospedaliera con indicazioni relative alla sua strutturazione ed alla sua qualità (perlomeno percepita). Se condotta con maggior dettaglio (es. mobilità specifica per patologia) può fornire utili indicazioni ad una programmazione che si ponga l'obiettivo di ottimizzare la strutturazione di detta offerta. Cosa che ci proponiamo di fare con le prossime edizioni del "Rapporto Osservasalute". Da tempo oltre ad un'applicazione "macro" del nomogramma di Gandy ad intere reti ospedaliere, come quella qui riportata, consigliamo, finora quasi inascoltati, di utilizzare questo strumento

a livello "micro", cioè applicato ai singoli reparti ospedalieri nel controllo di gestione aziendale. La tecnica da noi impiegata fornisce indicazioni sintetiche sia per la valutazione retrospettiva che per la programmazione dell'offerta ospedaliera. Un limite importante è rappresentato dalla difficoltà di determinare quale quota della mobilità sia da imputare a squilibri qualitativi e quale sia invece dovuta a fattori inevitabili. Un altro limite è che mentre sono disponibili i dati riguardanti pazienti stranieri che si sono ricoverati in Italia, mancano quelli riguardanti la mobilità transnazionale. Ciò può aver portato ad una sottostima dei tassi di fuga in particolare delle regioni confinanti con l'estero.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Banca dati SDO del Ministero della Salute, anno 2003, per i ricoveri ospedalieri, Istat per dati relativi a superficie (2001), popolazione residente (2003) e dotazione di posti letto ospedalieri (2002).

Riferimenti bibliografici

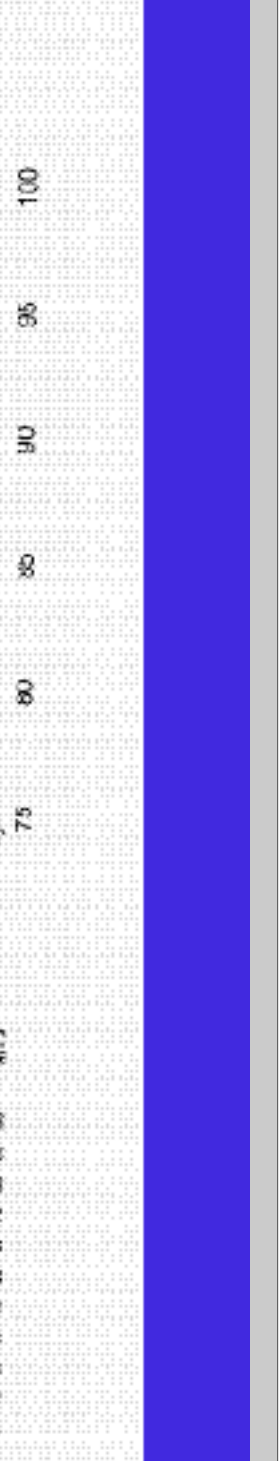
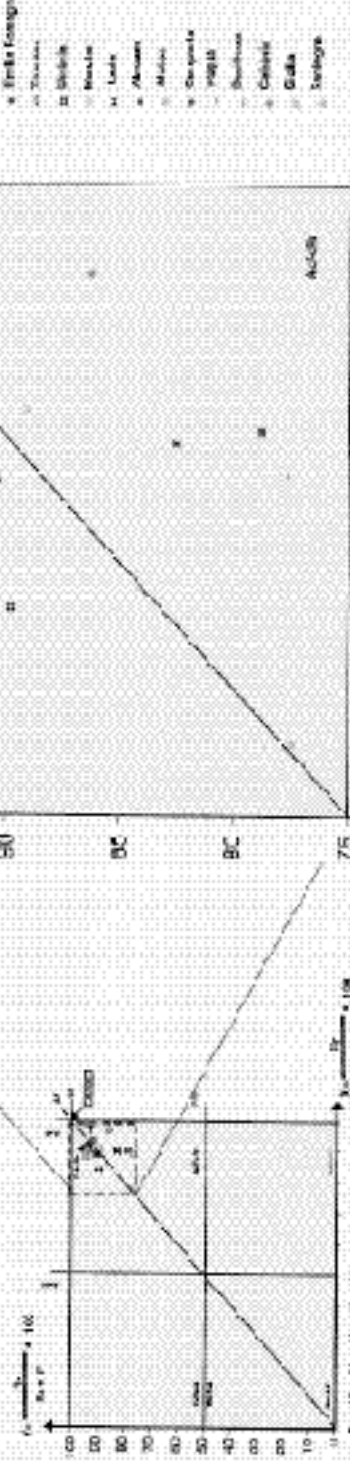
- Addari P., Nante N., Giannuzzi P., Ngoyi Ngongo K., De Bedin C., Mara E.: Studio della mobilità sanitaria relativa al bacino di utenza del policlinico senese. Atti Sez. Toscana S.It.I 7: 51-59 (1995).
- Messina GG, Addari P, Macchi C, Nante N. Effetti della programmazione ospedaliera sulle migrazioni dei pazienti: esperienza senese. Ann Ig. 2005 Lug-Ago;17(4):323-33.
- Balzi D., Geddes M., Lispi L.: La "migrazione sanitaria" per tumore alla mammella fra le regioni italiane. Ministero della Salute, 2002
- Crotti N.: I viaggi della speranza. Salute e Territorio 80: 31-33 (1992)
- "Gandy R.J.: A graphical representation of the inter-relationship between districts. Hosp. Health Ser. Rev., 1979. 75 (2): p. 50-1".
- Nante N., Ricciardi G., Al Farraj O., Morgagni S., Siliquini R., Moirano F., Messina G., Sassi F. Hospital patient migration: analysis using an utility index in Wilhelm Kirch, "Public Health in Europe. 10 Years EUPHA", Ed. Springer-Verlag GmbH & Co.KG, Berlin, 293-316, 2003.

Nomogramma di Gandy Regioni Italiane 2003

FIGURA 1

ASSE X = Percentuale dei ricoveri (di malattie in una Regione) effettuati nella Regione di appartenenza.
 ASSE Y = Percentuale della distanza di ricovero espressa dai residenti in una Regione residente in una Regione.

A = Ricoveri di "investiti" ospedali (Atrion).
 B = Ricoveri di residenti in una Regione in ospedali di altre Regioni ("Fuori").
 C = Ricoveri di residenti in una Regione.



Utilizzo degli APR-DRG per valutare l'appropriatezza organizzativa nel Lazio: il metodo APPRO

Dott. Enrico Materia, Dott. Antonio Filocamo, Dott. Riccardo Di Domenicantonio, Dott.ssa Gabriella Guasticchi

La valutazione dell'appropriatezza organizzativa viene tradizionalmente svolta ricorrendo a strumenti analitici che richiedono la revisione della documentazione clinica, come PRUO che è largamente diffuso in Italia. Più di recente, sono stati sviluppati metodi che, impiegando i dati del sistema informativo ospedaliero, permettono di analizzare grandi volumi di ricoveri con risorse e tempi ridotti.

Nel Lazio, è stata messa a punto la metodologia APPRO che utilizza in maniera combinata i sistemi di classificazione HCFA-DRG e APR-DRG per selezionare casistiche a bassa complessità assistenziale e a minima gravità clinica sulle quali valutare l'appropriatezza dei ricoveri per acuti. Sono considerati a gravità minima i ricoveri assegnati dal sistema APR-DRG ai livelli più bassi delle sottoclassi di gravità e di rischio di morte.

APPRO è orientato non al giudizio di singoli episodi di ricovero quanto piuttosto all'identificazione di quote di ospedalizzazione ordinaria non necessaria, potenzialmente effettuabile in day hospital. Analizzando il contesto regionale, individua livelli di inappropriatezza 'tollerata', espressa come soglie di ammissibilità, e considera inappropriate le quote eccedenti questi livelli traducendole in numero di ricoveri inappropriati per singolo DRG e istituto.

Il calcolo delle soglie di ammissibilità DRG-specifiche e la valutazione della performance dei singoli istituti si basano su un indicatore che esprime la proporzione di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri a gravità minima. APPRO è stato utilizzato nel Lazio dapprima come strumento di screening per individuare i ricoveri da sottoporre a controllo analitico con PRUO nell'ambito del Sistema regionale dei controlli esterni e, successivamente alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza (DPCM 29/11/01), per definire le soglie di ammissibilità per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato 2C). In entrambi i casi, all'inappropriatezza misurata con APPRO è stata associata una disincentivazione economica.

L'applicazione della metodologia all'attività ospedaliera del biennio 2003-04 ha permesso di evidenziare 68.951 episodi di ricovero ordinario inappropriato (pari al 17% nel 2003 e al 30% nel 2004 della casistica valutata). La remunerazione di queste degenze con la tariffa del day hospital ha comportato una minore spesa da parte del Servizio sanitario regionale pari a quasi 90 milioni di euro. Inoltre, rispetto al 2001, le modalità organizzative di erogazione delle prestazioni incluse nei DRG ad alto rischio di inappropriatezza si sono sostanzialmente modificate, con il trasferimento di quote di attività dal ricovero ordinario al day-hospital: la quota di questi ultimi è incrementata dal 34% al 57% nel 2004. Tali trasformazioni hanno comportato un dimezzamento della spesa media per caso trattato.

Sulla base dell'esperienza acquisita con la metodologia APPRO, è possibile individuare i vantaggi e i limiti della sua applicazione e mettere a confronto la valutazione di appropriatezza effettuata con i dati amministrativi rispetto a quella basata sui dati clinici.

I pregi della metodologia APPRO sono individuabili nella capacità di contestualizzare la valutazione all'ambito territoriale di riferimento, rendendola accettabile da parte dei soggetti erogatori. La possibilità di modulare convenientemente le soglie sulla base della distribuzione regionale dell'indicatore utilizzato e il mix di strumenti impiegati conferiscono al metodo caratteristiche di flessibilità, cautela e versatilità. Inoltre, la valutazione è estensibile a larga parte dell'attività di ricovero. I limiti consistono peraltro nel considerare come appropriato a priori il livello day hospital e nella sensibilità del metodo alla qualità delle informazioni cliniche riportate sulla scheda di dimissione ospedaliera.

Rispetto ai metodi analitici che, richiedendo la revisione della documentazione clinica, presentano un alto costo medio per ricovero valutato, i metodi basati sui dati amministrativi permettono di analizzare la totalità della casistica con un impegno modesto di risorse, senza bisogno di selezionare un campione e di ricorrere quindi all'inferenza statistica. Mentre la valutazione svolta con PRUO, basata su un set di criteri espliciti e predefiniti, si riferisce a standard ottimali di efficienza operativa, quella di APPRO è relativa al tempo e al contesto di applicazione. Gli studi che mettono a confronto i metodi hanno infatti confermato che la prima è usualmente più severa di quanto emerge con la metodologia APPRO. Naturalmente, le due famiglie di metodi non si pongono necessariamente in alternativa tra di loro, ma possono essere complementari in funzione dell'approccio che si privilegia e degli obiettivi che ci si pone. Nell'ottica di un ente regolatore, i vantaggi dei metodi basati sui dati amministrativi sembrano superare d'importanza i limiti legati al minore discrimine valutativo.

Pertanto, analogamente a quanto sviluppato nella valutazione di esito e dell'errore medico, è ragionevole supporre che, anche nel campo dell'appropriatezza organizzativa, si vada verso il perfezionamento di metodi che

sfruttano la disponibilità corrente dei dati amministrativi.

In questa prospettiva è stata messa a punto una versione affinata del metodo APPRO, che tiene conto nel computo della soglie di ammissibilità delle caratteristiche socio-demografiche dei pazienti (età, residenza, posizione socio-economica) e della loro prevalenza nelle strutture valutate. Un ulteriore sviluppo sarà quello di utilizzare, ai fini della selezione della casistica a gravità minima, i pesi relativi delle sottoclassi di gravità del sistema APR-DRG, solo di recente disponibili e dimostratisi più predittivi dell'appropriatezza del ricovero. Infine, appare necessario sviluppare la ricerca su metodi che riescano a valutare sia il versante dell'offerta che della domanda, estendendo quindi la valutazione di appropriatezza anche ai livelli di erogazione della prestazioni differenti dal regime ordinario.

Riferimenti bibliografici

Materia E. Appropriatezza: origini, implicazioni, valutazione. *Tendenze Nuove* 2003; 4-5: 343-54.

Materia E, Baglio G, Filocamo A, Di Domenicantonio R, Guasticchi G. Valutare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri: la metodologia APPRO. In: Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F, Eds. *Rapporto Sanità 2004*. Bologna: Il Mulino, 2004: 215-34.

Di Domenicantonio R, Filocamo A, Baglio G, et al. La valutazione dell'appropriatezza organizzativa con differenti metodi: APPRO e PRUO. *Ann Ig* 2004; 16: 79-94.