

Assistenza ospedaliera

Il processo di ammodernamento e di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera avviato dalla seconda metà degli anni Novanta ha attraversato diverse fasi in cui hanno prevalso indirizzi strategici ed obiettivi ben identificati. In principio, l'attenzione dei programmatori è stata posta sulle misure volte a razionalizzare l'offerta e a migliorare l'efficienza complessiva del sistema. Successivamente, in un *continuum* di azioni, l'obiettivo strategico si è spostato sulla ricerca di una maggiore appropriatezza, qualificazione e sicurezza delle attività rese. A partire dai primi anni di questo decennio la modernizzazione dell'assistenza ospedaliera del nostro Paese si sta realizzando attraverso l'integrazione in rete dei presidi di diverso livello, la promozione dei centri di eccellenza, la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici per le casistiche più complesse, il potenziamento ed il pieno utilizzo delle alte tecnologie. In parallelo si tende a decentrare attività sanitarie di media complessità verso strutture del livello di assistenza territoriale, attraverso un progressivo potenziamento dei servizi distrettuali, delle cure primarie e del livello di integrazione tra le attività sociali e sanitarie.

Il cambiamento in atto è indispensabile per rispondere in modo efficace ed efficiente ai nuovi bisogni assistenziali generati dall'evoluzione demografica, dal costante incremento della prevalenza delle malattie croniche e delle pluripatologie. È, pertanto, fondamentale che si fondi sulla combinazione di diversi fattori e proceda di pari passo con il progredire delle conoscenze mediche e tecniche, con l'affermazione di nuovi modelli manageriali e organizzativi, con lo sviluppo della ricerca sui servizi sanitari attuata con strumenti e metodologie di valutazione sempre più efficaci (*Evidence Based Medicine* - EBM, *Evidence Based Health Care* - EBHC, *Health Technology Assessment* - HTA). L'ospedale assorbe ancora una quota consistente delle risorse economiche complessivamente destinate a garantire i livelli di assistenza e rappresenta ancora il fulcro del nostro sistema di cura, ma l'ambito di attività è sempre più rivolto alle patologie acute ad elevato contenuto clinico-assistenziale, mentre di pari passo è in corso un significativo sviluppo e potenziamento dei *setting* assistenziali alternativi al ricovero in regime ordinario, Day Hospital, Day Surgery e Day Service ambulatoriale.

Sorretta in diverso modo dalla partecipazione dei cittadini e dagli indirizzi di programmazione e *policy* sanitaria, negli ultimi dieci anni la trasformazione del sistema ospedaliero è stata progressiva e costante, ma non ha interessato allo stesso modo tutte le regioni del Paese, malgrado diversi provvedimenti abbiano definito con chiarezza gli obiettivi strategici finalizzati a garantire sia la sostenibilità economica del sistema, sia i livelli di assistenza uniformi sul territorio nazionale.

In particolare, le più recenti indicazioni e norme in tema di programmazione sanitaria rinviano ai Piani Sanitari Regionali l'obiettivo di razionalizzare la rete ospedaliera. L'Intesa Stato-Regioni di marzo 2005 aveva fissato lo standard di posti letto a 4,5 per 1.000 abitanti, comprensivo dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza e il tasso di ospedalizzazione a 180 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui 20% in regime diurno. Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nel riaffermare la centralità dei livelli di assistenza definiti dal DPCM del 29 novembre 2001, sostiene il modello di rete ospedaliera e avvalorava il principio dell'integrazione prevedendo la costruzione di reti assistenziali sovraregionali e nazionali (emergenza-urgenza, trapianti, malattie rare), la creazione di una rete assistenziale per le cure palliative, una maggiore integrazione dell'ospedale con i servizi distrettuali, le cure primarie ed il sociale a garanzia della continuità assistenziale e di una solida offerta dei servizi di cure intermedie.

I medesimi principi sono stati ribaditi e aggiornati dal nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, sancito nel dicembre 2009 dalla Conferenza Stato-Regioni. L'intesa individua i settori strategici in cui operare al fine di qualificare i Servizi Sanitari Regionali (SSR) e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa. Per il livello di assistenza ospedaliera è prevista la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR a 4 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Tale riduzione, compatibile con una variazione non superiore al 5% in aumento e non comprendente la quota di posti letto dedicati ai pazienti provenienti dalle altre regioni, è finalizzata a promuovere l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario in regime di ricovero diurno, il passaggio dal ricovero diurno al regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento, le regioni sottoposte ai piani di rientro, dovranno provvedere entro il 31 dicembre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011.

La stessa intesa ha stabilito che le Regioni integrino la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, con le attività contenute in due liste che elencano rispettivamente 25 prestazioni erogate in regime di Day Surgery trasferibili a livello ambulatoriale ed ulteriori 65 DRG potenzialmente inappropriati se erogati in degenza ordinaria.

Il provvedimento prevede, anche, un adeguato monitoraggio dello stato di attuazione delle indicazioni e degli standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza stabiliti. A tale riguardo prevede di utilizzare, almeno nelle prime fasi, il set di indicatori già approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Gli indicatori dell'assistenza ospedaliera proposti annualmente nel Rapporto Osservasalute riflettono l'esigenza di monitorare i cambiamenti e di confrontare i risultati ottenuti ed i trend in corso nelle diverse realtà regionali, anche in riferimento agli obiettivi definiti dalla programmazione del livello nazionale. La situazione dell'assistenza ospedaliera in Italia, con dettaglio regionale, è descritta nel presente Rapporto Osservasalute con riferimento alle tre seguenti dimensioni:

- domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera: tasso di ospedalizzazione complessivo e distinto per età, tipologia di attività erogata e per DRG medici e chirurgici;
- efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura: degenza media e degenza media pre-operatoria;
- appropriatezza organizzativa: in termini di trasferimento di alcune prestazioni dal regime ordinario ad altri *setting* assistenziali, accessi e ricoveri in Day Hospital, Day Surgery e One Day Surgery, utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriata e dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici.

Per rendere più significativo e comparabile il confronto tra le regioni, ad esempio rispetto alla gravità clinica delle prestazioni erogate o alla domanda soddisfatta, i dati di dimissione ospedaliera sono stati elaborati con opportune tecniche di standardizzazione, per *case mix* o per struttura demografica.

La fotografia che emerge dall'analisi degli indicatori considerati delinea in modo chiaro le principali caratteristiche dei sistemi ospedalieri regionali ed offre informazioni sufficienti per valutare concretamente il cammino percorso e le azioni ancora da intraprendere e/o implementare per allineare le *performance* agli standard di riferimento e a quelli stabiliti dalla programmazione.

I tassi di ospedalizzazione tendono verso una costante e sensibile diminuzione, sia per i ricoveri in regime ordinario che, in maggiore misura, per quelli in regime Day Hospital. Tale tendenza, è confermata anche dall'indicatore relativo all'analisi delle dimissioni per tipologia di attività che segna la diminuzione dei tassi per acuti e dei ricoveri in regime ordinario di riabilitazione, mentre è ancora in aumento l'attività di lungodegenza. Restano ancora molto diversificati a livello regionale e piuttosto alti i tassi di ricovero nella fascia di età "estrema" (>75 anni).

Tutte le regioni meridionali del Paese e, in particolare quelle sottoposte ai piani di rientro, presentano ancora tassi di ospedalizzazione per acuti molto superiori alla media nazionale, maggiori o prossimi al 200 per 1.000 abitanti. Per tutte queste regioni si evidenzia, comunque, un sensibile trend in miglioramento, segno dell'efficacia delle azioni avviate per sostenere il processo di deospedalizzazione delle attività potenzialmente inappropriate per il livello ospedaliero.

Il tasso di dimissione complessivo è composto per circa il 60% da DRG medici; le dimissioni di pazienti chirurgici superano di poco il 40% e sono in lieve aumento rispetto agli anni precedenti. I tassi di dimissione per i DRG medici mostrano una rilevante e spesso ingiustificata variabilità regionale, mentre per i ricoveri chirurgici la variabilità è di entità più modesta.

Il trasferimento verso il Day Hospital e la Day Surgery delle attività meno complesse e/o potenzialmente inappropriate, ha raggiunto livelli di rilievo e, in un numero sempre maggiore di regioni, in particolare nel Nord, a questo trend si è aggiunto quello del trasferimento dei ricoveri diurni in *setting* assistenziali extradegenza (ambulatorio e Day Service) contribuendo a ridurre ulteriormente il tasso di ospedalizzazione generale. In particolare, i ricoveri chirurgici in Day Surgery, rappresentano il 35,4% del totale dei ricoveri chirurgici, in leggera diminuzione rispetto al precedente anno per effetto, probabilmente, del trasferimento in regime ambulatoriale di alcuni interventi chirurgici di bassa complessità. La percentuale di ricoveri in Day Surgery sul totale dei ricoveri diurni si attesta sul 44,9%, in aumento rispetto agli anni passati e con una variabilità regionale particolarmente significativa.

Non si evidenziano cambiamenti nella degenza media complessiva, stabile da diversi anni sul valore di 6,7 giorni, a fronte di un aumento della complessità della casistica trattata. Sostanzialmente stabile anche la degenza media preoperatoria, indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi, ma con evidenti e spesso ingiustificate differenze regionali, segno di disomogeneità nelle modalità di organizzazione dei servizi diagnostici e nella definizione di adeguati percorsi assistenziali. Analoghe considerazioni valgono per la percentuale di dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici che si attesta attorno al 36%.

Nel complesso, i dati relativi all'ospedalizzazione, testimoniano una sempre più diffusa attenzione ai temi dell'efficienza e dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale. Allo stesso tempo si assiste ad una progressiva e costante qualificazione delle attività erogate in sede ospedaliera ed al conseguente trasferimento di alcune prestazioni a livello di assistenza distrettuale e territoriale con risultati, peraltro, molto difformi nelle diverse realtà geografiche. In pratica, in un quadro di progressivo e diffuso miglioramento, le regioni del Centro-Nord presentano risultati in linea o migliori rispetto agli obiettivi ed agli standard di progressiva deospedalizzazione definiti dalla programmazione nazionale, mentre quasi tutte le regioni meridionali ed insulari sembrano, tuttora, ancorate a modelli clinico-assistenziali che privilegiano il *setting* ospedaliero anche per attività a bassa complessità e basso rischio.

Il capitolo comprende anche un Box che prende in esame il problema delle liste di attesa e descrive i primi risultati positivi del "Progetto LISTATTIVA" attuato nella AULSS TV-7.

Ospedalizzazione

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

di ricovero diurno, comprensivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, o Day Surgery.

In tal modo l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica ospedaliera da un *setting* assistenziale all'altro. In tal senso fornisce indicazioni, sebbene indirette, anche sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

Tasso di dimissioni ospedaliere*

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

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

Validità e limiti. L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate per l'ambito ospedaliero e comprende, quindi, anche una quota di ospedalizzazione determinata da inefficienze dell'assistenza ospedaliera e da carenze dell'assistenza territoriale. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta" dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.

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

Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente. Pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato il tasso standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media residente in Italia nel 2001, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della variabilità regionale determinata dalla diversa composizione per età nelle singole regioni. Il dato del 2007 è messo a confronto

con analoghe rilevazioni effettuate nel 2005 e nel 2006.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Intesa tra Stato-Regioni sancita il 23 marzo 2005, art. 4 comma 1 punto b, ha fissato, quale obiettivo da raggiungere entro il 2007, il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180‰ residenti, di cui un 20% (in pratica il 36‰) relativo ai ricoveri in regime diurno.

Descrizione dei risultati

Nel 2007 il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è di 137,43 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e di 61,05 per 1.000 in modalità di DH. L'analisi temporale conferma la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero in entrambe le modalità di ricovero (Grafico 1).

Nel 2007 il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale è di 133,1‰ di cui 133,1‰ in modalità ordinaria e 59,9‰ in modalità di DH (Tabella 1). Il tasso di ospedalizzazione complessivo varia, a livello regionale, dal valore massimo presente in Sicilia (241,7‰) al valore minimo del Friuli-Venezia Giulia (149,2‰). Rispetto allo standard normativo del 180‰, solo 9 regioni presentano risultati uguali o inferiori, mentre le restanti 12, tutte del Centro-Sud, ad eccezione della Liguria, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano, presentano valori superiori. In generale, tutte le regioni del Sud e delle Isole, presentano un tasso complessivo maggiore anche rispetto alla media nazionale, mentre quelle del Centro-Nord un tasso inferiore, ad eccezione della Liguria, del Lazio e della PA di Bolzano.

Il tasso in RO varia dal 166,6‰ della Puglia al 103,2‰ della Toscana e si registra un valore più ele-

vato della media nazionale oltre che nel Sud, ad eccezione della Basilicata, in Lombardia, nel Lazio e nella PA di Bolzano.

Tutte le regioni presentano un tasso di ospedalizzazione per il DH superiore al riferimento normativo del 36%. I ricoveri in DH corrispondono al 31,0% del totale (nel 2006 il dato era del 31,8%). Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione in regime diurno le regioni con valori estremi sono sempre la Sicilia (101,6‰) e il Friuli-Venezia Giulia (35,9‰), mentre presentano valori molto superiori alla media nazionale Liguria, Campania e Basilicata.

L'analisi del trend mette in evidenza una costante riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Per il tasso complessivo la riduzione è del 5,2% nel 2007 rispetto al 2006 e del 7,1% rispetto al 2005. Per la modalità di ricovero in RO la riduzione è del 4,1% rispetto al 2006 e del 5,7% rispetto al 2005; per la modalità di ricovero in regime diurno è del 7,6% rispetto al 2006 e del 10,2% rispetto al 2005.

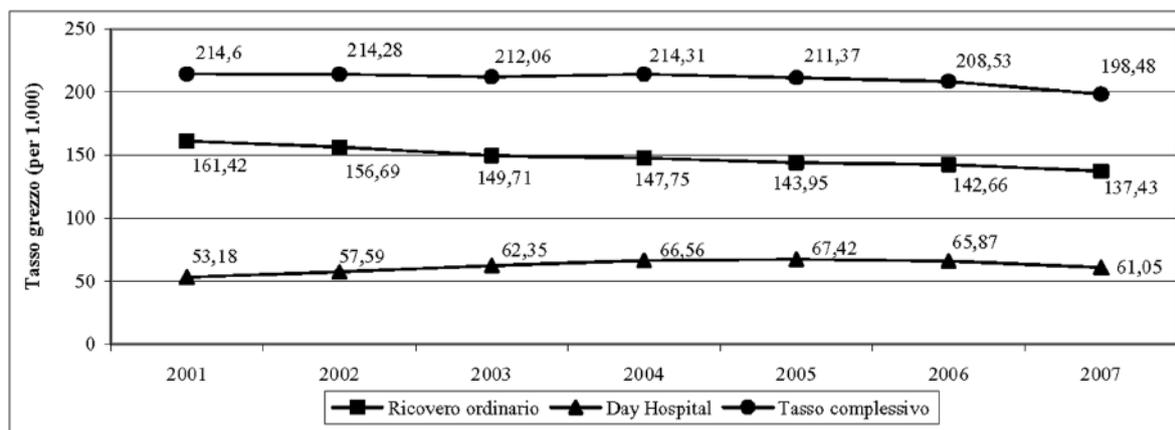
La maggiore riduzione del tasso di ospedalizzazione, nel periodo considerato, è stata registrata in alcune delle regioni con valore di partenza più elevato: in Abruzzo (263,2‰ nel 2005 vs 217,4‰ nel 2007), nel Lazio (247,0‰ nel 2005 vs 204,3‰ nel 2007) e in Sardegna (226,1‰ nel 2005 vs 197,0‰ nel 2007). Tra

l'anno 2005 e 2007 le uniche due regioni con un trend in aumento del tasso di ospedalizzazione sono state la Valle d'Aosta (180,8‰ nel 2005 vs 185,9‰ nel 2007) e la Puglia (216,2‰ nel 2005 vs 220,3‰ nel 2007) che già presentava un dato molto al di sopra della media nazionale.

Per quanto riguarda le dimissioni in regime di RO, tra il 2005 e il 2007, c'è stata una riduzione del tasso di ospedalizzazione in tutte le regioni eccetto la Valle d'Aosta (126,5‰ nel 2005 vs 129,6‰ nel 2007). Le regioni con una riduzione più importante sono, come per il tasso complessivo, l'Abruzzo (192,5‰ nel 2005 vs 158,6‰ nel 2007), il Lazio (152,7‰ nel 2005 vs 136,8‰ nel 2007) e la Sardegna (159,3‰ nel 2005 vs 139,6‰ nel 2007).

Per quanto riguarda le dimissioni in attività di DH ci sono regioni in cui si è avuta una forte riduzione del tasso di ospedalizzazione come il Lazio (94,3‰ nel 2005 vs 67,5‰ nel 2007), la Lombardia (60,1‰ nel 2005 vs 45,0‰ nel 2007) che già presentava nel 2005 valori al di sotto della media nazionale e l'Abruzzo (70,7‰ nel 2005 vs 58,7‰ nel 2007). In Basilicata (67,2‰ nel 2005 vs 72,0‰ nel 2007) e in Puglia (48,2‰ nel 2005 vs 53,8‰ nel 2007) si è avuto un lieve incremento del tasso di dimissioni in attività di DH.

Grafico 1 - Tassi grezzi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regime di ricovero - Anni 2001-2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

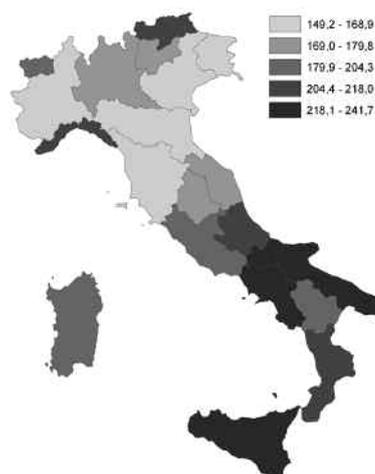
Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione e regime di ricovero - Anni 2005-2007

Regioni	2005			2006			2007		
	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale
Piemonte	110,6	60,2	170,8	109,3	61,4	170,7	107,6	60,7	168,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	126,5	54,3	180,8	125,3	55,0	180,3	129,6	56,3	185,9
Lombardia	140,7	60,1	200,9	138,8	58,6	197,4	134,8	45,0	179,8
Bolzano-Bozen	159,2	49,2	208,5	155,1	50,2	205,2	155,0	51,7	206,7
Trento	127,0	54,8	181,8	124,8	56,1	180,8	122,8	56,5	179,3
Veneto	122,8	53,7	176,5	119,7	50,3	170,0	115,7	45,4	161,1
Friuli-Venezia Giulia	115,0	37,0	152,1	113,8	36,7	150,6	113,2	35,9	149,2
Liguria	124,9	97,1	222,0	121,7	89,0	210,7	118,8	86,9	205,7
Emilia-Romagna	128,8	45,7	174,5	127,8	43,3	171,1	126,3	42,6	168,9
Toscana	109,3	51,8	161,1	106,1	51,6	157,7	103,2	50,6	153,8
Umbria	120,0	60,3	180,3	117,9	58,2	176,1	117,8	58,0	175,8
Marche	130,7	45,4	176,1	129,6	45,7	175,3	126,8	46,4	173,2
Lazio	152,7	94,3	247,0	147,7	80,1	227,8	136,8	67,5	204,3
Abruzzo	192,5	70,7	263,2	184,0	68,2	252,2	158,6	58,7	217,4
Molise	175,6	61,1	236,7	171,5	63,5	235,0	165,0	63,2	228,2
Campania	162,9	78,7	241,7	161,8	78,3	240,1	156,1	77,7	233,8
Puglia	168,0	48,2	216,2	170,1	50,5	220,7	166,6	53,8	220,3
Basilicata	136,9	67,2	204,1	133,8	72,2	206,0	123,9	72,0	195,9
Calabria	163,8	65,9	229,7	162,1	69,4	231,4	150,2	67,8	218,0
Sicilia	153,7	107,3	261,0	151,5	112,1	263,6	140,1	101,6	241,7
Sardegna	159,3	66,8	226,1	148,3	54,8	203,1	139,6	57,4	197,0
Italia	141,1	66,7	207,8	138,8	64,8	203,5	133,1	59,9	193,0

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

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione. Anno 2007



Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine, è auspicata una riallocazione delle risorse e, quindi, dell'offerta assistenziale secondo linee che tendono a promuovere la prevenzione e a potenziare le forme di assistenza alternative al tradizionale ricovero ospedaliero, in particolare l'assistenza territoriale e distrettuale, un incremento del ricovero diurno, l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare, una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo normativo fissato dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 di raggiungere entro il 2007 il tasso di ospedalizzazione complessivo di 180 ricoveri per 1.000 residenti, di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno, non sembra ancora alla portata della maggioranza delle regioni, tra cui tutte quelle dell'Italia meridionale ed insulare.

Anche se in questi ultimi anni si è avuta una complessiva riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri su tutto il territorio nazionale, in particolare a seguito delle azioni dettate dal DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, la contrazione dell'ospedalizzazione è ancora piuttosto contenuta, persiste una forte differenza regionale e si deve constatare che in alcune realtà le riorganizzazioni previste e intraprese stentano a tradursi nei risultati attesi.

I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri e le scelte sulla struttura e sull'organizzazione dell'offerta attuate da alcune regioni, hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in Day Hospital/Day Surgery con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione al fine di definire ed attuare misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e, quindi, anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche

della popolazione e ciò è da attribuire, anche in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

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

¹Regime di degenza ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, nel corso dell'anno 2007 dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, dei pazienti non residenti in Italia e di coloro per i quali non è stato possibile calcolare l'età per la presenza di errori nella data di nascita e/o data di ricovero.

È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione relative al medesimo paziente, con riferimento ad un episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione) o da una modalità di ricovero all'altra (dal Day Hospital al regime ordinario e viceversa), devono essere compilate due schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero.

L'indicatore include, inoltre, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto in quanto si riferisce al numero di episodi di ricovero nel corso dell'anno.

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

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età, distintamente per le varie tipologie di attività ospedaliera (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Rispetto ai

dati relativi alle SDO 2006 (Rapporto Osservasalute 2008, pagg. 422-426), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tassi di ospedalizzazione per acuti e dei ricoveri in regime ordinario di riabilitazione; un aumento, invece, si registra per i ricoveri in lungodegenza.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari nelle discipline per acuti, in tutte le regioni i valori più alti si evidenziano nelle classi di età estreme (Tabella 1, Grafico 1). Si osserva, inoltre, che il tasso di ospedalizzazione per tutte le fasce d'età e, in particolare, per i soggetti con età compresa fra 65 e 74 anni, è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto alle regioni del Centro-Nord.

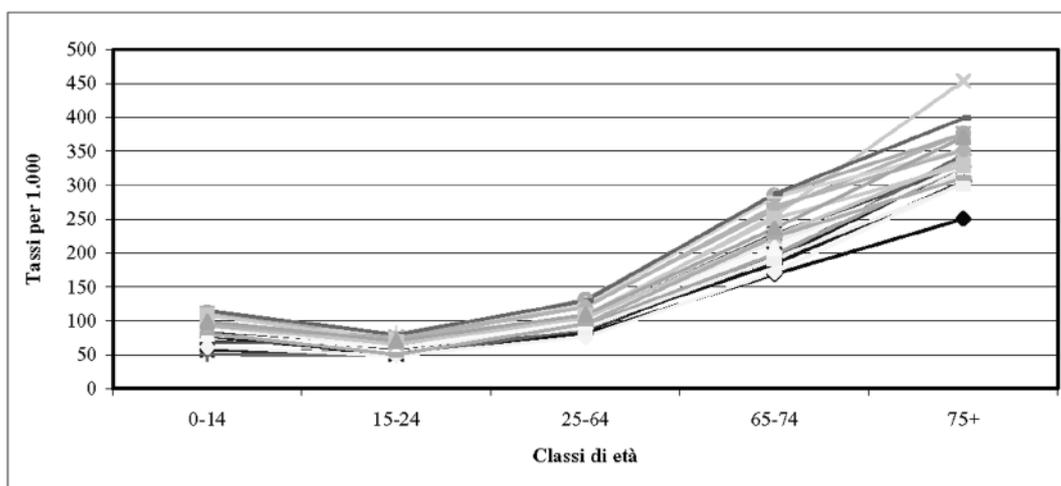
Relativamente all'attività di riabilitazione sono state considerate classi di età più ampie perché vi ricorrono più frequentemente pazienti anziani. In particolare, si osserva come il tasso di ospedalizzazione assuma i valori più elevati per la classe degli ultrasessantacinquenni e con una considerevole variabilità tra le regioni. Ciò, è certamente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate nell'assistenza riabilitativa.

Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani di 75 anni ed oltre. Anche per questo tipo di assistenza, come per la riabilitazione, emergono notevoli differenze geografiche. I tassi di ospedalizzazione mostrano una modesta attività di lungodegenza in Valle d'Aosta (0,33 per 1.000), in Liguria (0,46 per 1.000) ed in Umbria (1,74 per 1.000), mentre i valori più elevati si osservano in Emilia-Romagna (44,73 per 1.000), PA di Bolzano (34,16 per 1.000) e PA di Trento (27,46 per 1.000).

Tabella 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per acuti, per regione - Anno 2007

Regioni	Classi di età					Totale
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	
Piemonte	77,5	50,1	80,5	168,8	250,3	106,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	68,7	67,1	103,7	227,4	328,2	131,0
Lombardia	95,5	63,4	99,8	216,2	317,7	128,1
Bolzano-Bozen	93,0	75,9	105,0	255,2	453,9	141,2
Trento	57,0	51,0	88,4	198,4	327,0	112,9
Veneto	59,2	51,7	84,6	192,1	328,0	111,5
Friuli-Venezia Giulia	50,5	50,0	87,3	193,4	344,8	121,0
Liguria	82,6	59,4	90,7	183,9	305,1	128,6
Emilia-Romagna	78,3	61,3	93,8	198,4	327,5	127,7
Toscana	61,3	48,6	76,8	171,9	303,8	110,1
Umbria	92,0	59,9	89,6	191,4	301,8	124,0
Marche	80,2	60,7	98,4	207,0	328,2	130,8
Lazio	92,8	65,8	104,6	225,1	337,3	132,7
Abruzzo	110,7	76,0	121,9	263,6	376,2	157,9
Molise	112,3	74,2	131,6	284,9	375,9	166,6
Campania	93,6	81,7	124,9	282,4	352,4	143,4
Puglia	114,9	80,0	129,4	286,8	398,6	158,1
Basilicata	81,7	50,2	95,5	223,9	310,6	122,2
Calabria	93,1	73,0	120,1	268,7	351,4	144,9
Sicilia	108,4	69,3	108,4	250,5	329,0	136,2
Sardegna	98,8	70,3	109,0	236,1	370,8	137,7
Italia	89,0	65,8	101,6	220,5	328,0	130,2

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per acuti, per regione - Anno 2007

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tabella 2 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per riabilitazione, per regione - Anno 2007

Regioni	Classi di età			
	0-44	45-64	65-74	75+
Piemonte	1,02	5,72	18,38	24,48
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,65	3,92	12,16	8,25
Lombardia	1,51	7,58	24,43	39,48
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,49</i>	<i>4,22</i>	<i>15,69</i>	<i>31,20</i>
Trento	1,22	8,69	27,04	32,01
Veneto	0,68	4,04	15,02	19,61
Friuli-Venezia Giulia	0,80	2,78	6,90	7,38
Liguria	0,99	5,73	16,56	21,40
Emilia-Romagna	0,56	2,71	8,25	8,49
Toscana	0,65	2,33	7,45	10,64
Umbria	0,82	3,53	8,73	7,89
Marche	0,67	2,53	7,57	8,54
Lazio	0,84	4,37	15,06	28,22
Abruzzo	1,46	6,84	21,21	26,44
Molise	1,00	6,76	19,55	21,64
Campania	0,50	2,85	9,43	12,09
Puglia	0,95	4,57	14,97	17,09
Basilicata	0,71	3,57	10,50	10,99
Calabria	0,84	3,75	10,97	12,29
Sicilia	0,80	2,66	7,47	7,35
Sardegna	0,46	0,90	2,43	2,73
Italia	0,89	4,38	14,13	19,34

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per riabilitazione per la classe 75 anni ed oltre, per regione. Anno 2007

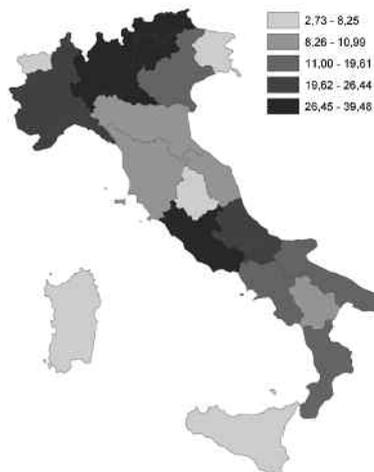
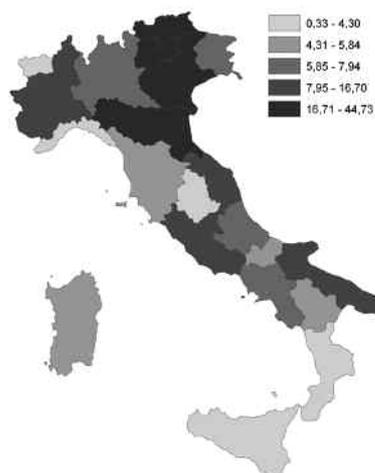


Tabella 3 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per lungodegenza, per regione - Anno 2007

Regioni	Classi di età		
	0-64	65-74	75+
Piemonte	0,29	3,62	14,44
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,01	0,07	0,33
Lombardia	0,11	1,65	7,28
<i>Bolzano- Bozen</i>	<i>0,67</i>	<i>7,45</i>	<i>34,16</i>
<i>Trento</i>	<i>0,53</i>	<i>6,25</i>	<i>27,46</i>
Veneto	0,30	4,37	18,70
Friuli-Venezia Giulia	0,13	1,81	7,94
Liguria	0,02	0,15	0,46
Emilia-Romagna	0,86	10,92	44,73
Toscana	0,09	0,77	5,08
Umbria	0,09	0,56	1,74
Marche	0,71	4,42	16,70
Lazio	0,10	1,41	8,59
Abruzzo	0,21	1,71	7,37
Molise	0,22	1,11	4,77
Campania	1,07	3,34	7,77
Puglia	0,31	3,65	12,88
Basilicata	0,22	2,09	5,57
Calabria	0,58	2,42	4,30
Sicilia	0,15	1,58	4,29
Sardegna	0,13	1,42	5,84
Italia	0,35	3,02	12,19

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per lungodegenza per la classe 75 anni ed oltre, per regione. Anno 2007

Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati evidenzia maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle fasce di età estreme, nonché una discreta variabilità regionale nell'accesso ad alcune forme di assistenza quali la riabilitazione e la lungodegenza. Questo induce a 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 a rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Ricoveri e accessi in Day Hospital, Day Surgery e “One Day Surgery”

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all’attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (Day Hospital - DH e Day Surgery - DS). Essi sono rappresentati dal numero di ricoveri e di accessi ai servizi ospedalieri diurni, numero medio di accessi per ricovero, ovvero durata media delle prestazioni erogate per cicli terapeutici diurni e percentuale dei ricoveri di DS sul totale delle dimissioni in modalità diurna. A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappresentato dalla percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”, rispet-

to al totale delle dimissioni con DRG chirurgico in degenza ordinaria. La modalità di ricovero in “One Day Surgery” consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con breve degenza, non superiore alla durata di un giorno.

Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell’utilizzo della struttura ospedaliera per acuti evidenziando la prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in ricovero diurno e l’erogazione di prestazioni ospedaliere in “One Day Surgery”.

Numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery

Numeratore Accessi totali in regime di Day Hospital o Day Surgery

Denominatore Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in Day Surgery

Numeratore Ricoveri totali con DRG chirurgico in regime di Day Surgery

Denominatore Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”

Numeratore Ricoveri totali con DRG chirurgico e giornate di degenza di 0-1 giorno in regime ordinario

Denominatore Dimissioni totali in regime ordinario con DRG chirurgico

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti in regime di DH e DS, effettuati presso tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale nell’anno 2007.

Per la selezione dei ricoveri in DS, ossia il secondo indicatore, si utilizza la classificazione DRG XIX, versione con la specifica di DRG chirurgico.

Occorre cautela nella lettura dei dati a causa della diversa modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. In alcuni casi le regole regionali di dimissione seguono correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale, cioè a completamento di un ciclo programmato di accessi, mentre in altri casi si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio trimestrale o mensile. Ciò determina, in questi ultimi casi, un incremento fittizio del numero di ricoveri.

Nel calcolo della percentuale di ricoveri in “One Day Surgery” sul totale dei ricoveri chirurgici in regime di ricovero ordinario (RO) per la selezione dei ricoveri in “One Day Surgery”, si utilizza la classificazione DRG XIX, versione con la specifica di DRG chirurgico

co e la durata della degenza di 0-1 giorno.

Per una migliore comprensione delle diciture riportate nelle tabelle, con DH si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con DS le dimissioni con DRG chirurgico. Nello specifico la “One Day Surgery” riguarda i casi di dimissione in RO con durata della degenza di 0-1 giorno con DRG chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Si può ipotizzare come standard il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il numero medio di accessi è pari, a livello nazionale, a 3,66 accessi per ricovero medico e a 1,58 accessi per ricovero chirurgico. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le attività mediche passando da 8 accessi medi dell’Emilia-Romagna a 2,36 della Puglia.

Su tale variabilità incidono le patologie trattate, ma sicuramente anche l’utilizzo di modalità amministrative diversificate. Infatti, è rilevabile una correlazione inversa tra il numero medio di accessi e la nume-

rosità dei ricoveri in DH, ad esempio in Emilia-Romagna ci sono 8,02 accessi medi a fronte di 87.727 dimessi, in Lombardia 3,07 accessi a fronte di 249.182 dimessi ed in Campania 2,85 accessi a fronte di 285.063 dimessi.

Non si dimentichi l'utilizzo, spesso improprio, della modalità assistenziale di DH per attività che afferiscono maggiormente all'ambito ambulatoriale. Ciò è tanto più vero nel caso di DH di tipo diagnostico e non terapeutico.

La percentuale di ricoveri in DS sul totale dei ricoveri diurni, in aumento rispetto agli anni passati, si attesta, nel 2007, a 44,90%. La variabilità regionale è

particolarmente significativa e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. Ad eccezione di Liguria e Lazio, i valori sono decisamente più elevati nelle regioni del Centro-Nord, mentre nelle regioni meridionali, ed in particolar modo in Calabria e Campania, l'attività di DS è tra le più contenute.

Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresenta il 15,85% delle dimissioni in RO, presentano una elevata variabilità a livello territoriale. Si passa dal circa 5% della Toscana e Sicilia a circa il 29% delle Marche.

Tabella 1 - Ricoveri e numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery per regione - Anno 2007

Regioni	Day Hospital			Day Surgery		
	Dimessi	Accessi	Numero medio accessi	Dimessi	Accessi	Numero medio accessi
Piemonte	94.497	395.705	4,19	185.871	227.820	1,23
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.971	17.748	5,97	3.324	3.620	1,09
Lombardia	249.182	764.863	3,07	199.034	210.856	1,06
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>10.799</i>	<i>36.377</i>	<i>3,37</i>	<i>15.068</i>	<i>16.806</i>	<i>1,12</i>
<i>Trento</i>	<i>7.220</i>	<i>36.594</i>	<i>5,07</i>	<i>18.824</i>	<i>22.840</i>	<i>1,21</i>
Veneto	81.324	359.723	4,42	139.644	236.624	1,69
Friuli-Venezia Giulia	20.400	119.868	5,88	27.016	48.672	1,80
Liguria	94.889	369.648	3,90	54.279	110.562	2,04
Emilia-Romagna	87.727	703.893	8,02	110.769	169.323	1,53
Toscana	89.349	442.118	4,95	114.281	136.272	1,19
Umbria	22.953	88.713	3,86	31.609	42.979	1,36
Marche	25.572	125.785	4,92	49.656	50.512	1,02
Lazio	258.650	905.188	3,50	113.582	294.781	2,60
Abruzzo	36.124	153.251	4,24	40.778	62.007	1,52
Molise	12.229	40.395	3,30	9.695	14.340	1,48
Campania	285.063	813.056	2,85	128.981	317.719	2,46
Puglia	114.614	271.021	2,36	86.071	136.747	1,59
Basilicata	25.174	76.463	3,04	16.140	35.794	2,22
Calabria	82.205	266.259	3,24	34.242	58.225	1,70
Sicilia	312.669	1.033.905	3,31	180.321	291.049	1,61
Sardegna	50.984	166.962	3,27	41.544	46.913	1,13
Italia	1.964.595	7.187.535	3,66	1.600.729	2.534.461	1,58

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Tabella 2 - Percentuale di ricoveri in Day Surgery ed in "One Day Surgery" per regione - Anno 2007

Regioni	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	66,30	13,73
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	52,80	15,67
Lombardia	44,41	24,91
<i>Bolzano-Bozen</i>	58,25	6,75
<i>Trento</i>	72,28	7,63
Veneto	63,20	14,65
Friuli-Venezia Giulia	56,98	26,48
Liguria	36,39	7,19
Emilia-Romagna	55,80	24,68
Toscana	56,12	5,05
Umbria	57,93	13,04
Marche	66,01	28,72
Lazio	30,51	8,09
Abruzzo	53,03	12,26
Molise	44,22	6,83
Campania	31,15	10,55
Puglia	42,89	17,62
Basilicata	39,07	9,66
Calabria	29,41	20,89
Sicilia	36,58	5,10
Sardegna	44,90	11,20
Italia	44,90	15,85

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine, è auspicata una riallocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale); un incremento del ricovero diurno; l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare; una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri, anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei livelli di assistenza, è ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri, hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in DH/DS con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria.

Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. L'indicatore è elaborato in funzione del tipo di DRG generato dal ricovero: i tassi di dimissione (TD) per DRG medico e chirurgico sono messi a confronto per valutarne il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo nell'ambito di ogni regione. Le differenze regionali sono state analizzate, inoltre, anche in funzione delle modalità di ricovero prevalentemente utilizzate (degenza ordinaria ovvero diurna).

La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG medici (TD Med) e chirurgici (TD Ch). La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensione dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto Soccorso e di diagnosi strumentale, di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extradegenza o verso i servizi distrettuali.

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni per DRG medici e chirurgici}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività riguardo alla domanda soddisfatta e, quindi, al bisogno e alle caratteristiche epidemiologiche di una certa popolazione quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina e a popolazioni confrontabili. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico, deve essere posta la massima attenzione alla possibile variabilità determinata da differenze demografiche ed epidemiologiche esistenti nelle diverse realtà. Per evitare di sottovalutare tali aspetti ed attenuare almeno in parte il fattore di confondimento dovuto alla diversa composizione per età della popolazione, i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2001. Inoltre, qualche cautela, va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital (DH) medico in quanto alcune regioni hanno adottato proprie modalità di registrazione dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno. Per i DRG chirurgici occorre tenere conto del fatto che, alcune regioni, soprattutto del Centro e del Nord, hanno attivato percorsi ambulatoriali extradegenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità e con alta incidenza (ad esempio decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino, etc.).

Le differenze del TD dei DRG medici sono in massima parte spiegabili dalle variabili legate alla struttura dell'offerta e alle politiche organizzative di governo della domanda.

Il TD dei DRG chirurgici è certamente correlato alla dimensione dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare anche altri fattori che determinano le caratteristiche del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare, quando si evidenziano situazioni di sovra o sotto utilizzo delle stesse. Tra questi fattori, l'operato dei medici e la capacità di scelta dei pazienti, rivestono un ruolo di rilievo. È noto, infatti, che le indicazioni all'intervento chirurgico non sono sempre definite univocamente dalle società scientifiche e/o non univocamente recepite dai professionisti e che l'asimmetria informativa tra medico e paziente non sempre consente a quest'ultimo di valutare adeguatamente l'appropriatezza del percorso assistenziale proposto.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. Il confronto dei tassi regionali con il valore medio nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le due tipologie considerate. È opportuno, peraltro, precisare che, per i ricoveri di tipo medico, i TD più bassi possono fornire una misura abbastanza significativa delle reali possibilità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario, per i DRG chirurgici, gli scostamenti dalla media nazionale, sia in senso positivo che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno e, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo all'appropriatezza dell'offerta e al governo della domanda.

Descrizione dei risultati

Dalle Tabelle 1 e 2 si evidenzia il contributo dei TD standardizzati per DRG medici e chirurgici, rispettivamente pari a 111,4 e 74,3 per 1.000 abitanti, alla composizione del TD complessivo nel 2007 (185,7 per 1.000). I DRG medici rappresentano il 60% di tutti i ricoveri ed i DRG chirurgici il restante 40%. Tali proporzioni sono abbastanza rispettate anche analizz-

zando i dati per regime di ricovero (ordinario e diurno). In questo caso, rispetto al dato generale, si rileva un leggero incremento dei ricoveri medici in regime ordinario (62,2%) ed un decremento più evidente degli stessi in regime diurno (55,3%). Il confronto dei dati regionali viene descritto separatamente per i TD dei DRG medici e chirurgici.

TD DRG medici

La Tabella 1 ed il Grafico 1 illustrano l'elevata variabilità regionale del TD standardizzato per i DRG medici.

La differenza tra il valore minimo e il valore massimo rilevato è pari a 78,9 ricoveri per 1.000 abitanti. Essa è determinata dal valore del Friuli-Venezia Giulia (77,3 per 1.000) e da quello della Sicilia (156,2 per 1.000), rispetto al valore medio nazionale pari a 111,4 per 1.000 abitanti.

La variabilità maggiore si rileva nella tipologia di ricovero in DH, con TD standardizzati che variano da 14,4 per 1.000 in Friuli-Venezia Giulia a 63,5 per 1.000 in Sicilia, contro un valore medio nazionale pari a 32,5 ricoveri medici in DH per 1.000 abitanti.

Il *range* del TD standardizzato in regime ordinario è più contenuto e presenta valori che oscillano tra il minimo di 57,4 per 1.000 del Piemonte ed il massimo di 106,0 per 1.000 del Molise, contro un dato nazionale pari a 78,9 per 1.000.

L'analisi dei dati dimostra un evidente gradiente geografico dei TD Med standardizzati, sia per il ricovero ordinario che per il DH, con valori molto più elevati nelle regioni meridionali ed insulari del Paese e minori nelle regioni centro-settentrionali, con qualche eccezione. In particolare, la Liguria, la Provincia Autonoma di Bolzano, il Lazio e tutte le regioni del Sud (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) presentano un tasso di ospedalizzazione complessivo sensibilmente superiore alla media nazionale. Per buona parte di queste regioni il risultato è determinato da un eccesso di ricoveri sia in regime ordinario che diurno. La Liguria e la Basilicata presentano un TD standardizzato superiore alla media solo nel regime diurno. La Puglia, la PA di Bolzano, l'Abruzzo e la Sardegna, al contrario, presentano un TD standardizzato elevato solo in regime

ordinario ed un utilizzo del DH contenuto.

La maggioranza delle regioni settentrionali presenta TD e proporzioni di ricovero in DH molto bassi, segno evidente del trasferimento delle attività diagnostiche ed assistenziali di minore complessità verso forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

TD DRG chirurgici

La Tabella 2 ed il Grafico 2 mostrano la distribuzione regionale del TD standardizzato per i DRG chirurgici. Rispetto ai DRG medici la variabilità regionale del TD è sensibilmente inferiore e distribuita in maniera abbastanza omogenea tra ricoveri in regime ordinario e in Day Surgery (DS). Il *range* del TD generale oscilla tra il 64,4 per 1.000 della Toscana e l'84,9 della Valle d'Aosta, con un valore medio nazionale di 74,3 ricoveri per 1.000 abitanti. Si rileva un leggero gradiente geografico con TD generalmente più alti nelle regioni del Centro e del Nord, specie per la quota di attività effettuata in DS che per il 2007 risulta pari al 35,4% di tutti i ricoveri chirurgici. Quattro regioni (Abruzzo, Sicilia, Valle d'Aosta e Marche), che adottano differenti modelli di organizzazione dei servizi e dispongono, tuttavia, di un elevato dimensionamento dell'offerta, presentano i TD standardizzati più alti, superiori a 80 ricoveri chirurgici per 1.000 abitanti, mentre altre sei regioni hanno TD superiori alla media nazionale (Piemonte, PA di Trento, PA di Bolzano, Liguria, Molise, Campania e Puglia). Cinque regioni (Toscana, Sardegna, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata e Calabria) mostrano TD inferiori alla soglia dei 70 ricoveri per 1.000 abitanti.

Il *range* dei TD Ch in regime ordinario varia tra il valore minimo della Toscana (36,0 per 1.000) ed il massimo della Puglia (56,8 per 1.000), con un valore medio nazionale pari a 48,0 per 1.000. Per i ricoveri in DS la media nazionale è pari a 26,3 per 1.000, con valori massimi in Piemonte e PA di Trento (TD maggiore di 37) e punta minima in Lombardia (19,5 per 1.000). Per una corretta interpretazione dei dati presentati si rammenta che diverse regioni, particolarmente del Centro e del Nord, hanno previsto il trasferimento in regime ambulatoriale di alcuni interventi chirurgici di bassa complessità.

Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anno 2007

Regioni	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale
Piemonte	57,4	21,2	78,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	71,4	26,2	97,6
Lombardia	71,3	24,0	95,3
Bolzano-Bozen	97,6	21,1	118,7
Trento	70,4	16,4	86,8
Veneto	65,9	16,2	82,1
Friuli-Venezia Giulia	62,9	14,4	77,3
Liguria	71,6	51,1	122,7
Emilia-Romagna	68,5	18,8	87,2
Toscana	64,0	21,7	85,7
Umbria	74,5	26,1	100,6
Marche	69,5	17,2	86,7
Lazio	81,5	43,3	124,8
Abruzzo	96,7	29,0	125,7
Molise	106,0	39,5	145,5
Campania	100,2	52,7	152,9
Puglia	103,4	30,4	133,8
Basilicata	76,8	44,3	121,1
Calabria	98,0	47,0	145,0
Sicilia	92,7	63,5	156,2
Sardegna	94,0	31,8	125,8
Italia	78,9	32,5	111,4

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

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione. Anno 2007

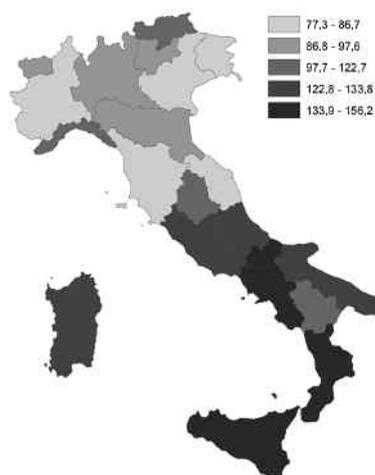
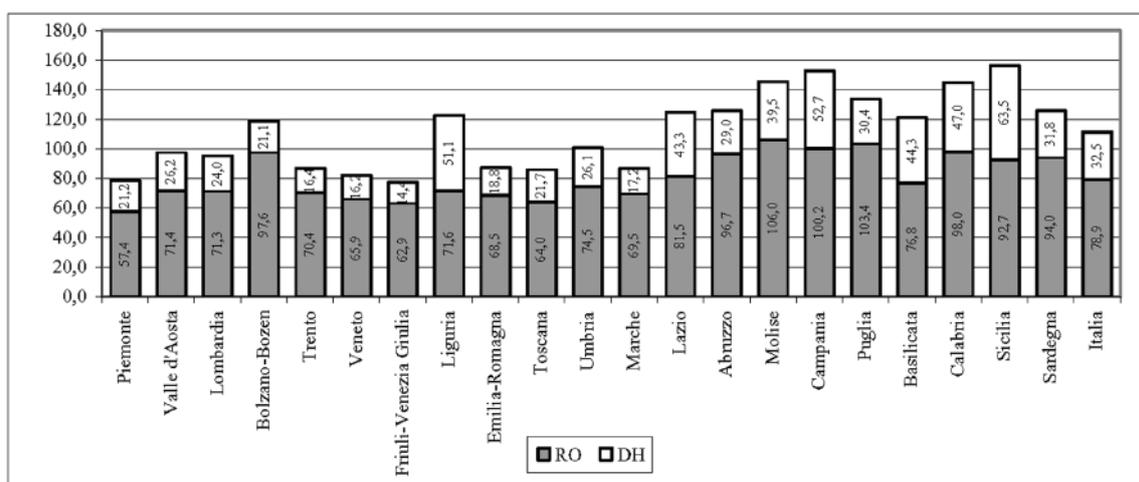


Grafico 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anno 2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anno 2007

Regioni	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale
Piemonte	42,5	38,8	81,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	54,9	29,9	84,9
Lombardia	54,1	19,5	73,6
Bolzano-Bozen	47,7	30,2	77,9
Trento	40,8	38,0	78,8
Veneto	42,9	27,9	70,8
Friuli-Venezia Giulia	47,0	21,1	68,1
Liguria	41,7	34,7	76,4
Emilia-Romagna	49,8	23,0	72,8
Toscana	36,0	28,4	64,4
Umbria	40,2	30,8	71,0
Marche	52,4	28,7	81,1
Lazio	48,9	21,3	70,2
Abruzzo	54,1	29,1	83,2
Molise	52,3	22,9	75,2
Campania	51,0	24,0	75,0
Puglia	56,8	23,0	79,8
Basilicata	43,0	26,9	69,9
Calabria	47,6	20,1	67,7
Sicilia	44,3	36,8	81,1
Sardegna	43,9	25,3	69,2
Italia	48,0	26,3	74,3

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

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione. Anno 2007

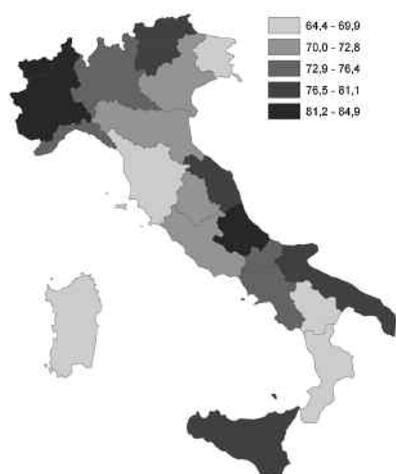
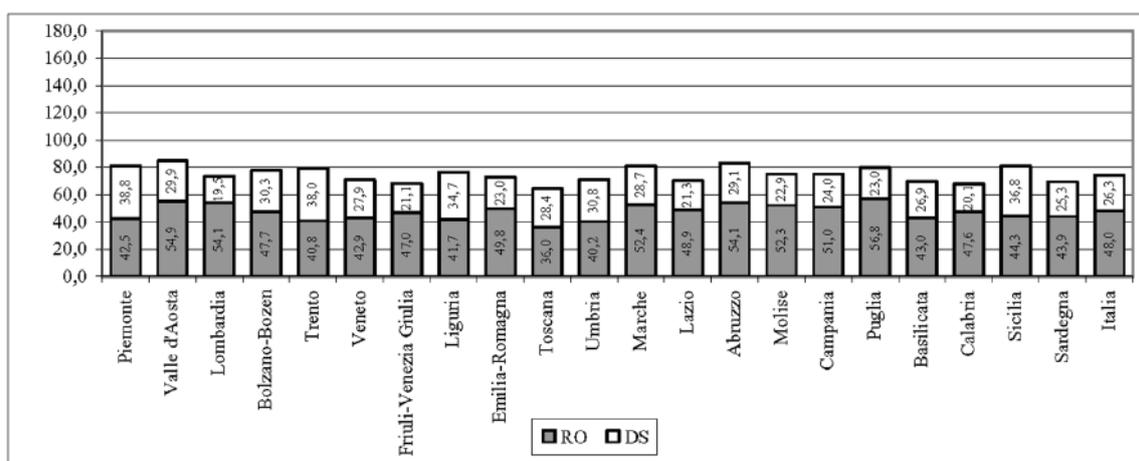


Grafico 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anno 2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

La scomposizione del tasso di ospedalizzazione in DRG medici e chirurgici consente di analizzare ed interpretare in modo più accurato l'andamento dell'indicatore complessivo nelle diverse realtà regionali e di valutare l'efficacia delle azioni messe in campo per contrastare il fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri e per assicurare un utilizzo razionale ed efficiente dei diversi *setting* assistenziali oggi disponibili. Per allineare il TD dei ricoveri medici a quello delle regioni che presentano le migliori *performance* occorre adottare misure correttive adeguate per razionalizzare la rete ospedaliera, finalizzando le azioni all'uso

appropriato dell'ospedale per le patologie acute, ad una più efficace integrazione ospedale-territorio e allo sviluppo dei servizi assistenziali distrettuali. L'eccesso di ospedalizzazione per il DH di tipo medico, deve essere contrastato attraverso il potenziamento della rete diagnostica ambulatoriale ed un più diffuso utilizzo dei DS, ossia di *setting* ambulatoriali ospedalieri in grado di erogare in tempi ravvicinati pacchetti di prestazioni, soprattutto diagnostiche, anche di elevata complessità. Per quanto riguarda i DRG chirurgici è necessario individuare, anche attraverso interventi normativi e Linee Guida, i *setting* assistenziali più appropriati,

con l'obiettivo di trasferire verso il regime di DS un'ulteriore quota di attività ancora effettuata in ricovero ordinario, ma anche per gestire in regime ambulatoriale extradegenza gli interventi chirurgici a basso rischio e bassa complessità. Al fine di garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe anche chiedersi se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni per le attività chirurgiche, sia da attribuire a differenze epidemiologiche (diversa incidenza delle patolo-

gie) e organizzative (trasferimento degli interventi meno complessi in regime extradegenza), ovvero ad un sotto o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o amplificare le possibilità di accesso alle prestazioni (domanda soddisfatta).

L'analisi condotta non consente di proporre evidenze o trarre conclusioni a tale proposito e, quindi, sarebbe auspicabile ed utile ampliare e raffinare il campo di indagine con studi *ad hoc* in grado di fornire ulteriori elementi di conoscenza al riguardo.

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni. Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si è proceduto alla standardizzazione di questo dato rispetto al *case mix*. La degenza media regionale standardizzata per *case mix* rappresenta il valore teorico-atteso che si osserverebbe della degenza

media, se ogni regione presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard di riferimento. Tale standard di riferimento è la composizione per DRG dei dimessi dell'intera casistica nazionale.

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

Degenza media*

Numeratore Giornate di degenza erogate in regime ordinario

Denominatore Dimissioni totali in regime ordinario

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati”.

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinaria, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale.

La lettura della degenza media grezza e standardizzata non è sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si è osservato, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, sia per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Descrizione dei risultati

La degenza media grezza, nel 2007, si assesta a livello nazionale a 6,7 giorni. Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che, nel periodo 2002-2007, essa è rimasta sostanzialmente stabile (Grafico 1);

considerando che è aumentata, nel tempo, la complessità della casistica trattata, in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG, si osserva un chiaro miglioramento nell'utilizzo più efficiente dell'ospedale.

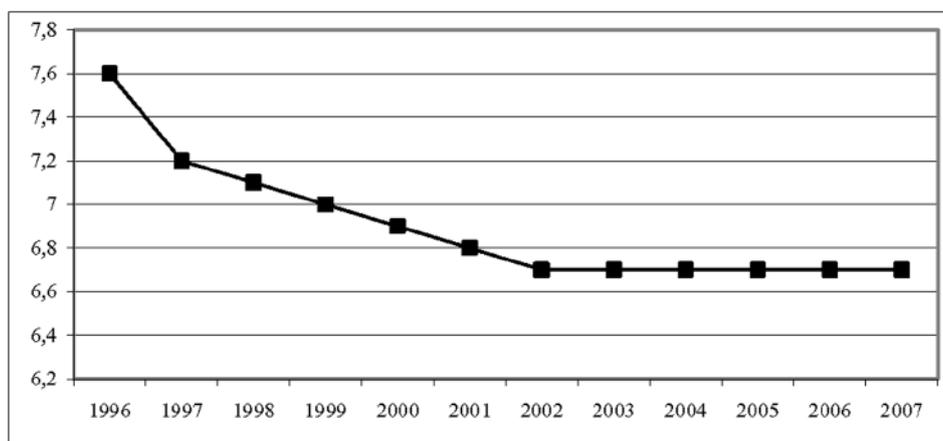
La degenza media standardizzata per *case mix* varia tra il valore minimo di 6,2 della Sicilia al valore massimo di 7,7 del Veneto.

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

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case mix) per regione - Anni 2005-2007

Regioni	2005		2006		2007	
	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std
Piemonte	8,1	7,5	8,1	7,5	8,1	7,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,4	7,6	8,5	7,6	8,1	7,4
Lombardia	6,5	6,6	6,5	6,6	6,6	6,8
Bolzano- Bozen	6,8	7,1	6,7	7,0	6,6	7,0
Trento	7,7	7,4	7,8	7,5	7,9	7,6
Veneto	7,9	7,4	7,9	7,6	8,0	7,7
Friuli-Venezia Giulia	7,4	7,0	7,5	7,1	7,4	7,1
Liguria	7,8	6,9	7,8	6,9	7,8	6,9
Emilia-Romagna	6,6	6,3	6,6	6,3	6,6	6,4
Toscana	7,5	6,8	7,4	6,8	7,3	6,7
Umbria	6,3	6,2	6,3	6,2	6,4	6,3
Marche	6,9	6,8	6,9	6,8	6,9	6,8
Lazio	7,6	7,8	7,5	7,7	7,3	7,5
Abruzzo	6,0	6,6	5,8	6,4	6,2	6,5
Molise	7,1	7,5	7,0	7,3	6,9	7,2
Campania	5,4	6,2	5,4	6,2	5,4	6,3
Puglia	6,2	6,7	6,2	6,6	6,2	6,7
Basilicata	6,8	6,9	6,7	6,7	6,9	6,8
Calabria	6,3	6,9	6,2	6,8	6,3	6,9
Sicilia	5,8	6,1	5,9	6,2	6,0	6,2
Sardegna	6,7	7,4	6,7	7,3	6,8	7,3
Italia	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 1 - Degenza media per acuti - Anni 1996-2007

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Oltre alla valutazione del *case mix*, di per sè importante per una valutazione non distorta delle informazioni relative alla degenza in ospedale, è importante valutare allo stesso tempo le capacità organizzative delle strutture di ricovero in relazione alla disponibilità ed accessibilità dei servizi.

In ogni caso, le analisi temporali di questo indicatore, rilevano che vi sono ancora margini di miglioramento

in termini di riduzione della degenza media ospedaliera, soprattutto se linkate alle informazioni dell'indicatore che analizza la degenza media per tipologia di ricovero e per età da cui si desume la necessità di collocare le cure di lungodegenza e di riabilitazione nella sfera di erogazione dell'assistenza territoriale, per poterle gestire in modo diverso e separato dalle attività di ricovero per acuti.

Degenza Media PreOperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore illustra il tempo medio trascorso in ospedale in ricovero ordinario prima di eseguire un intervento chirurgico, il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso (Degenza Media PreOperatoria - DMPO).

Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono e, dovrebbero essere effettuate, nel periodo pre-ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital. Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'iter clinico ed assistenziale in degenza attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzati-

vi (percorsi diagnostici preferenziali, sale e/o sedute operatorie dedicate). Il dato della DMPO può essere, pertanto, assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota, generalmente, difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri o extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso potenzialmente inappropriato dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza Media PreOperatoria per ricoveri ordinari*

Numeratore Giornate di degenza preoperatoria per DRG chirurgici

Denominatore Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano dati di diversi ospedali deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* trattato dalle strutture considerate. Per grandi casistiche, riferite come nel nostro caso al complesso degli ospedali di una regione, i *case mix* risultano più omogenei e, di conseguenza, aumenta sensibilmente il livello di confrontabilità. Tuttavia, per rendere quanto più possibile significativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO degli anni 2005-2007, è stata standardizzata per il *case mix* trattato in ciascuna realtà indagata.

Per la costruzione dell'indicatore sono state considerate tutte le procedure chirurgiche principali eseguite ad eccezione di quelle relative al capitolo 16 "Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche" della classificazione ICD-9-CM.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse *performance*, mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio messe in atto, rispetto a valori di DMPO più elevati.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 mette a confronto i valori di DMPO standardizzati per *case mix* rilevati nel periodo 2005-2007

per regione di ricovero. In generale, la ricerca di efficienza, successiva all'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ha determinato una forte riduzione della DMPO già negli anni antecedenti a quelli considerati. Nel periodo in esame, la DMPO a livello nazionale, registra una riduzione assai modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento che sono resi evidenti dalla estrema e costante variabilità dell'indicatore nel confronto tra le diverse regioni. Il *range* dei valori rilevati risulta sempre molto elevato e tende ad essere abbastanza stabile negli anni considerati. Nel 2007, il *range* della DMPO standardizzata è pari a 1,66 giorni (1,16 della Valle d'Aosta contro 2,82 giorni del Lazio). Questi dati illustrano che persistono rilevanti differenze regionali sebbene, tra il 2005 ed il 2007, sia evidente una progressiva, seppur lieve, riduzione della DMPO in circa la metà delle regioni considerate. Le restanti regioni rimangono, sostanzialmente, stabili eccetto Lombardia, PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Calabria che nel triennio in esame hanno incrementato, seppur di poco, il valore dell'indicatore in esame (Tabella 1 e Grafico 1).

Un dato interessante è che, nel periodo 2005-2007, si rileva una differenza di circa mezza giornata in più di DMPO per gli uomini rispetto alle donne a livello nazionale (Tabella 2).

Analizzando la DMPO grezza e standardizzata per *case mix* relative ai dati del 2007, si può vedere come la standardizzazione modifichi in modo sensibile il confronto tra le diverse realtà regionali (Tabella 3 e Grafico 2). I valori di DMPO migliorano sensibilmen-

te in Valle d'Aosta e in 4 regioni del Centro-Nord (Liguria, Toscana, Umbria e Basilicata), peggiorano in altre 10 regioni, tutte del Centro-Sud ad eccezione del Friuli-Venezia Giulia (Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna) e restano sostanzialmente invariati nelle restanti 6 regioni. L'analisi della DMPO standardizzata per *case mix* dimostra, inoltre, che la standardizzazione peggiora ulteriormente le *performance* delle 9 regioni che già presentano valori di DMPO superiori alla media nazionale (Liguria, Lazio e tutte le regioni

del Sud), con le sole eccezioni della Liguria e della Basilicata.

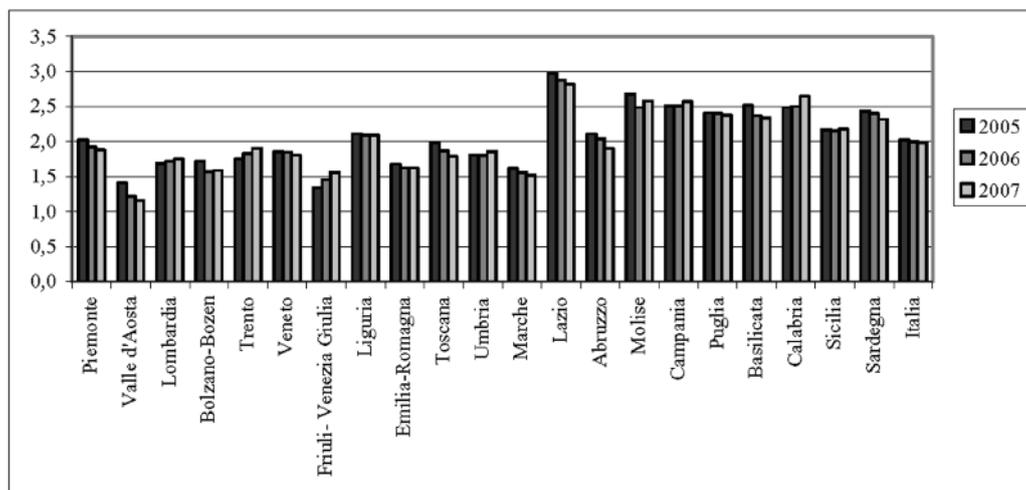
I dati rilevati da una parte confermano l'efficacia delle misure adottate in alcune regioni, in particolare del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri e, al contempo, per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale,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

Tabella 1 - DMPO standardizzata per *case mix* in regime di ricovero ordinario per acuti e per tutte le procedure principali eseguite, per regione di ricovero - Anni 2005-2007

Regioni	2005	2006	2007
Piemonte	2,03	1,92	1,88
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,41	1,22	1,16
Lombardia	1,69	1,72	1,75
Bolzano-Bozen	1,72	1,57	1,59
Trento	1,75	1,83	1,90
Veneto	1,86	1,85	1,81
Friuli-Venezia Giulia	1,34	1,46	1,56
Liguria	2,11	2,09	2,09
Emilia-Romagna	1,68	1,63	1,63
Toscana	1,98	1,87	1,79
Umbria	1,81	1,80	1,86
Marche	1,62	1,56	1,52
Lazio	2,97	2,88	2,82
Abruzzo	2,11	2,04	1,90
Molise	2,68	2,49	2,58
Campania	2,51	2,51	2,57
Puglia	2,41	2,40	2,38
Basilicata	2,52	2,37	2,34
Calabria	2,49	2,50	2,65
Sicilia	2,17	2,16	2,18
Sardegna	2,43	2,40	2,32
Italia	2,03	2,00	1,99

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Grafico 1 - DMPO standardizzata per *case mix* in regime di ricovero ordinario per acuti e per tutte le procedure principali per regione di ricovero - Anni 2005-2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Tabella 2 - DMPO in regime di ricovero ordinario per acuti e per tutte le procedure principali eseguite, per sesso - Anni 2005-2007

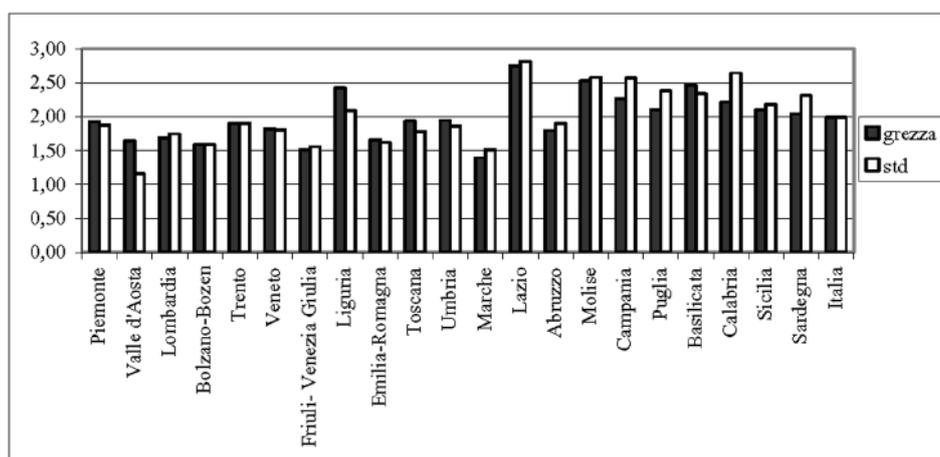
	2005	2006	2007
Maschi	2,29	2,26	2,26
Femmine	1,83	1,80	1,79
Totale	2,03	2,00	1,99

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Tabella 3 - DMPO (grezza e standardizzata per case mix) in regime di ricovero ordinario per acuti e per tutte le procedure principali, per regione di ricovero - Anno 2007

Regioni	Grezza	Std
Piemonte	1,93	1,88
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,65	1,16
Lombardia	1,69	1,75
Bolzano-Bozen	1,59	1,59
Trento	1,91	1,90
Veneto	1,83	1,81
Friuli-Venezia Giulia	1,52	1,56
Liguria	2,42	2,09
Emilia-Romagna	1,67	1,63
Toscana	1,94	1,79
Umbria	1,95	1,86
Marche	1,39	1,52
Lazio	2,75	2,82
Abruzzo	1,80	1,90
Molise	2,53	2,58
Campania	2,26	2,57
Puglia	2,10	2,38
Basilicata	2,46	2,34
Calabria	2,21	2,65
Sicilia	2,10	2,18
Sardegna	2,04	2,32
Italia	1,99	1,99

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Grafico 2 - DMPO (grezza e standardizzata per case mix) in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero - Anno 2007

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati di DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che quelli urgenti. Un'attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri programmati e l'adozione di Linee Guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare, in entrambi i casi, attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico e, quindi, migliorare sensibilmente la gestione del percorso assistenziale del paziente, non solo in termini di efficienza, ma anche riguardo il gradimento, l'efficacia, la sicurezza e gli esiti degli interventi stessi. A tale proposito occorre considerare che diversi studi hanno dimostrato un'evidente correlazione tra una elevata DMPO e l'incidenza di infezioni ospedaliere preoperatorie. Si

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

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Significato. L'indicatore verifica l'entità di utilizzo del Day Hospital (DH) nella popolazione residente rispetto al ricovero ordinario per i 26 DRG Medici elencati nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001 e definiti "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'indicatore consente, pertanto, di monitorare direttamente il raggiungimento dei valori soglia fissati dalle singole regioni rispetto alla percentuale di trasferimento in DH dei DRG in esame, come previsto da specifiche indicazioni contenute in un successivo accordo della Conferenza Stato-Regioni del 1 agosto 2002. In coerenza con le indicazioni dello stesso DPCM, diverse regioni hanno ampliato la gamma dei DRG "potenzialmente inappropriati" che le strutture sanitarie possono trattare in un *setting* assistenziale diverso dal ricovero ordinario con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. È opportuno sottolineare che la percentuale di riko-

vero in DH analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza e non consente di valutare compiutamente il fenomeno dei ricoveri medici impropri, poiché è influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di dimissioni ospedaliere (TD) ed i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service.

In assenza di dati attendibili ed uniformi sul territorio italiano sull'attività ambulatoriale, la relazione tra la percentuale di DH ed il tasso di dimissione standardizzato per età (TSD) per i DRG in esame, può fornire sia una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali, in funzione della complessiva riduzione dei ricoveri considerati, sia consentire una valutazione della reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatezza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG.

Percentuale di ricoveri in Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

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

Tasso di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza**

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere (modalità ordinaria + Day Hospital)*}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente*}} \times 1.000$$

*Per i 26 DRG medici considerati.

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

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

motivi devono, perciò, indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà regionali rispetto all'utilizzo del DH per i DRG a rischio di inappropriatelyzza.

La percentuale di ricoveri in DH per i DRG in esame, può essere calcolata sui dimessi per regione di ricovero o sui dimessi per regione di residenza. Il calcolo sulla regione di ricovero valuta il comportamento dei produttori, ma non consente di effettuare corrette correlazioni con il tasso di ospedalizzazione dei DRG presi in esame. Per effettuare questa importante correlazione verranno presentati i dati relativi alla percentuale di utilizzo del DH per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza calcolati sui dimessi per regione di residenza relativamente al triennio 2005-2007. Una verifica effettuata sui nostri dati complessivi ha permesso, infatti, di rilevare che le differenze esistenti tra le due modalità di rilevazione non sono sostanziali. Tuttavia, nell'interpretazione dei risultati

occorre tenere presente che il dato calcolato sui dimessi per regione di residenza comprende anche una quota più o meno elevata di pazienti trattati, a causa della mobilità passiva, presso strutture di altre regioni che potrebbero avere prassi e regole di accesso ai servizi difformi rispetto alla regione di residenza del paziente. Oltre a presentare, per i DRG in esame, i tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere, sia per regime ordinario che per DH, relativamente al 2005-2007, si presenterà il confronto, per l'anno 2007, tra la percentuale di utilizzo del DH ed il tasso di ospedalizzazione rilevato nelle singole regioni. La percentuale di ricovero in DH consente di valutare l'appropriatezza del *setting* assistenziale, mentre il confronto con i rispettivi tassi di ospedalizzazione rende evidente, per ogni regione, l'impatto delle azioni attuate in termini di riconversione dei ricoveri in degenza ordinaria e di quelli complessivamente "risparmiati".

Valore di riferimento/Benchmark. In coerenza con la normativa di riferimento un'elevata percentuale di DH rappresenta il trend a cui tendere, ma solo in presenza di un basso tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (TSD) per il complesso dei 26 DRG oggetto di analisi. In ragione dell'interdipendenza dei due parametri si ipotizza, pertanto, un valore di riferimento ottimale caratterizzato da una percentuale di DH superiore e da un TSD inferiore ai rispettivi valori medi nazionali, o meglio ai rispettivi valori mediani.

Descrizione dei risultati

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

A distanza di poco più di cinque anni dalle indicazioni poste dal DPCM 29/11/2001, l'analisi della percentuale di ricoveri in regime di DH per i 26 DRG medici a rischio di inappropriately relativamente al periodo 2005-2007, indica rilevanti differenze nei valori con trend di segno opposto nelle diverse regioni

(Tabella 1 e Grafico 1).

A livello nazionale, dal 2005 al 2007, la percentuale di ricoveri in regime di DH per i DRG a rischio di inappropriately si è ridotta di quasi il 4%.

Nel 2007 il valore medio nazionale risulta pari al 40,6%. La variabilità regionale risulta molto ampia con valori distribuiti in modo non omogeneo intorno alla media (*range* compreso tra il 21,2% della PA di Trento e il 58,1% della Liguria). Undici regioni registrano valori più bassi della media nazionale, mentre dieci presentano valori superiori (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia).

Rispetto al 2005, le regioni presentano un comportamento molto vario: in undici regioni si registra una riduzione del valore dell'indicatore ed in altre dieci si registra un aumento.

L'esame del TSD per i 26 DRG medici LEA consente di aggiungere ulteriori elementi di analisi al fenomeno dell'inappropriately di tali ricoveri. In particolare, il trasferimento in DH di una quota di ricoveri ordinari a rischio di inappropriately dovrebbe essere attuato mantenendo invariato il TSD complessivo, ovvero riducendolo ulteriormente in funzione del ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

Il TSD del 2007 per i DRG medici LEA presenta una distribuzione caratterizzata da un'elevata variabilità con un *range* di valori molto ampio (da 9,5 per 1.000 della Valle d'Aosta a 34,9 per 1.000 della Campania) ed una media nazionale pari a 20,3 ricoveri per 1.000 abitanti. Ad eccezione della PA di Bolzano, del Lazio e della Liguria, le regioni del Centro-Nord, presentano TSD per i DRG in esame inferiori alla media nazionale, mentre tutte le regioni del Sud mostrano una distribuzione di segno opposto (Tabella 2).

Un'importante variabilità tra regioni si osserva anche per il TSD in regime di ricovero ordinario (da 5,0 per 1.000 della Valle d'Aosta al 19,6 per 1.000 della Campania) e per il TSD in regime di DH (da 2,6 per 1.000 in Emilia-Romagna e nella PA di Trento a 18,1 per 1.000 in Sicilia) come presentato dalla Tabella 2 e dal Grafico 2 che evidenziano anche la notevole differenza tra regioni del diverso rapporto esistente tra questi due tipi di ospedalizzazione.

Rispetto agli anni precedenti si rileva una costante diminuzione del TSD del livello nazionale (da 24,1 del 2005 a 20,3 ricoveri per 1.000 abitanti del 2007) ed un andamento analogo o al più una sostanziale stabilità a livello delle singole regioni. Per quanto riguarda i TSD dei ricoveri in regime ordinario e in DH, si osserva una riduzione sia a livello nazionale che a livello regionale ad eccezione di Valle d'Aosta, Puglia e Basilicata che registrano un aumento dei TSD dei ricoveri in DH.

L'analisi congiunta della percentuale di ricoveri effettuata in DH e dei tassi standardizzati di dimissioni

ospedaliera per i DRG medici a rischio di inappropriata, considerando come valori di riferimento il valore mediano dei due indicatori, fornisce quattro diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti ed i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (Grafico 3).

1) Le regioni che associano un TSD superiore ed una percentuale di utilizzo del DH inferiore rispetto alla mediana esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni del DPCM 2001. Un utilizzo improprio ed ampio del regime di ricovero ordinario dovrebbe, innanzitutto, essere contrastato con un migliore utilizzo del ricovero diurno ma, per ridurre l'eccesso di ospedalizzazione, dovrebbero essere parallelamente avviate azioni dirette a contenere la domanda di ricovero attraverso il potenziamento dei servizi diagnostici ed assistenziali distrettuali. In questa situazione si trovano tre regioni (Provincia Autonoma di Bolzano, Sardegna e in parte l'Abruzzo che si posiziona sul valore mediano del TSD).

2) Le otto regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TSD e percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana esprimono un sovra utilizzo delle strutture di ricovero, in specie diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Molise, Lazio, Liguria, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia registrano un andamento in tal senso che dovrebbe indurre a porre particolare attenzione, oltre che alla riduzione della domanda di ricovero, all'effettiva

utilità ed appropriatezza d'uso del DH.

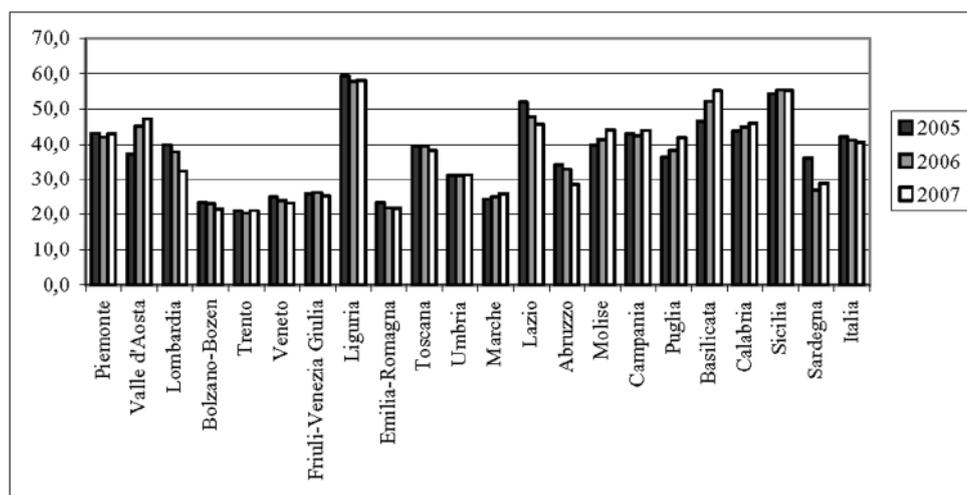
3) Quest'area, caratterizzata da TSD inferiore e percentuale di utilizzo del DH superiore ai rispettivi valori mediani, rappresenta una situazione teoricamente ottimale, rispetto alle indicazioni normative. Si collocano in questa posizione, che esprime un ricorso minimo al ricovero in degenza ordinaria per il set dei DRG medici/LEA ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, il Piemonte, la Valle d'Aosta ed in parte la Toscana che si posiziona sul valore mediano della percentuale di DH e la media nazionale.

4) Le regioni che presentano un TSD e una percentuale di DH inferiore alla mediana dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri contrastando anche un inappropriato ed eccessivo utilizzo del DH. Le azioni intraprese in queste regioni (PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Marche) hanno probabilmente interessato oltre che il settore ospedaliero anche l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi alternativi al DH, tipo il Day Service. È evidente che in queste realtà l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriatezza è stata giocata sia sul fronte del ricovero ordinario che del ricovero diurno, facendo leva sul livello di offerta, su elevate performance e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali.

Purtroppo, il vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale, costituisce un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

Tabella 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital e variazioni percentuali per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, per regione - Anni 2005-2007

Regioni	2005	2006	2007	Δ % 2005-2007
Piemonte	43,1	42,0	43,0	-0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	37,1	45,1	47,1	26,8
Lombardia	39,9	37,8	32,4	-18,7
Bolzano-Bozen	23,5	23,3	21,6	-7,8
Trento	21,1	20,4	21,2	0,7
Veneto	25,0	24,1	23,3	-6,9
Friuli-Venezia Giulia	25,9	26,3	25,3	-2,2
Liguria	59,4	57,8	58,1	-2,1
Emilia-Romagna	23,4	22,0	21,9	-6,5
Toscana	39,5	39,4	38,2	-3,2
Umbria	31,3	31,2	31,3	0,2
Marche	24,4	25,1	25,9	6,1
Lazio	51,9	47,8	45,6	-12,1
Abruzzo	34,2	33,0	28,5	-16,8
Molise	39,8	41,4	44,0	10,6
Campania	42,9	42,4	43,9	2,4
Puglia	36,3	38,1	41,8	15,3
Basilicata	46,5	52,1	55,1	18,5
Calabria	43,9	44,8	46,0	4,8
Sicilia	54,2	55,3	55,2	1,8
Sardegna	36,1	26,9	28,8	-20,1
Italia	42,2	41,2	40,6	-3,6

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza, per regione - Anni 2005-2007

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

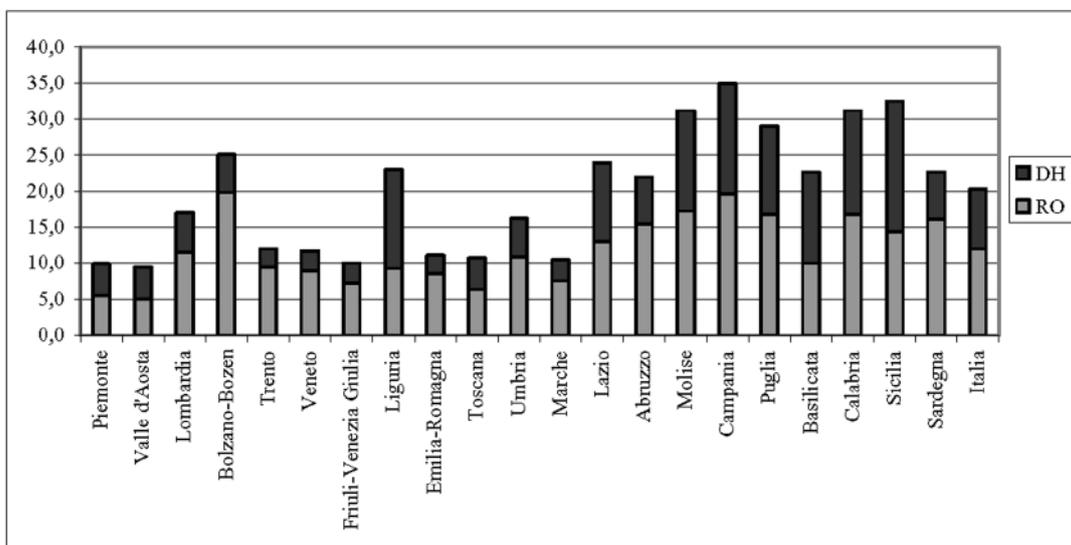
Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza, per regione e regime di ricovero - Anni 2005-2007

Regioni	2005			2006			2007		
	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale
Piemonte	6,4	5,0	11,4	6,0	4,6	10,6	5,6	4,3	9,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,8	3,5	9,3	4,5	3,7	8,2	5,0	4,5	9,5
Lombardia	12,4	8,2	20,6	12,1	7,3	19,4	11,5	5,5	17,0
Bolzano-Bozen	19,7	5,8	25,5	19,9	5,8	25,7	19,8	5,3	25,1
Trento	9,6	2,6	12,2	10,0	2,6	12,7	9,4	2,6	12,0
Veneto	10,2	3,4	13,7	9,9	3,2	13,1	8,9	2,7	11,7
Friuli-Venezia Giulia	7,4	2,9	10,3	7,5	3,1	10,6	7,2	2,8	10,0
Liguria	10,2	15,8	26,1	9,7	14,2	23,9	9,2	13,8	23,0
Emilia-Romagna	9,2	3,0	12,2	8,8	2,7	11,5	8,5	2,6	11,1
Toscana	7,0	5,0	12,0	6,7	4,7	11,4	6,4	4,3	10,7
Umbria	11,8	5,7	17,4	11,6	5,6	17,1	10,9	5,3	16,2
Marche	8,7	3,0	11,8	8,4	3,0	11,4	7,6	2,9	10,4
Lazio	16,0	17,2	33,2	15,0	13,8	28,7	12,9	11,0	24,0
Abruzzo	25,2	13,7	38,9	21,9	11,3	33,2	15,4	6,5	21,9
Molise	20,9	14,3	35,2	20,0	14,7	34,8	17,2	14,0	31,2
Campania	20,9	15,5	36,4	21,5	15,7	37,2	19,6	15,3	34,9
Puglia	18,5	10,7	29,3	18,2	11,4	29,7	16,8	12,2	29,0
Basilicata	14,1	12,5	26,6	12,2	13,6	25,8	10,0	12,6	22,6
Calabria	19,4	15,2	34,6	18,9	15,5	34,4	16,8	14,4	31,2
Sicilia	18,4	22,2	40,6	17,7	22,3	40,1	14,4	18,1	32,5
Sardegna	22,8	12,7	35,5	20,1	7,4	27,5	16,1	6,6	22,6
Italia	13,9	10,2	24,1	13,4	9,5	22,9	12,0	8,3	20,3

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

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

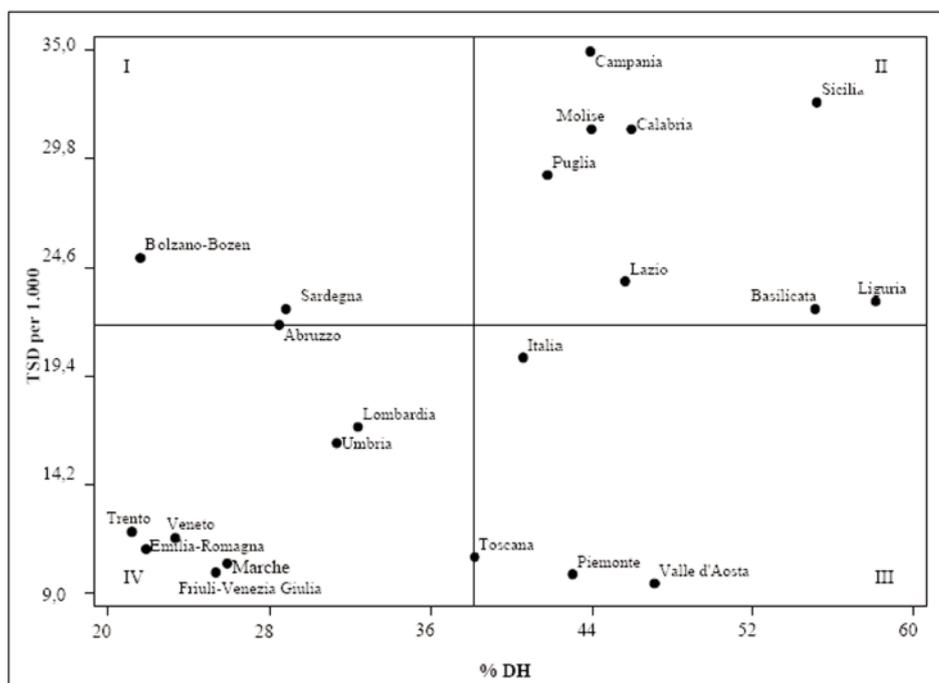
Grafico 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriata, per regione e regime di ricovero - Anno 2007



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

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 3 - Percentuale di utilizzo del DH e tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriata, per regione - Anno 2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi svolta conferma che le indicazioni del DPCM 29/11/2001, sebbene in molte regioni siano rispettate ed in molti casi positivamente raggiunte e superate grazie all'adozione di efficaci politiche volte a contrastare il fenomeno dell'inappropriato uso dell'ospedale, in alcune regioni (quelle del primo e del secondo gruppo del Grafico 3) non hanno ancora sortito l'effetto atteso. Occorre, pertanto, continuare a promuovere azioni mirate alla riduzione della domanda di ricovero ed al progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in DH e nella rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali, senza trascurare l'esigenza di disporre di maggiori informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi ambulatoriali al fine di valutare compiutamente alcuni importanti determinanti dell'inappropriatezza dei ricoveri. Rispetto a questo ultimo aspetto, il confronto dei dati 2005-2007, conferma definitivamente che in un numero sempre maggiore di regioni non sembra logico perseguire ancora l'obiettivo di trasferire attività di ricovero ordinario in DH e di incrementare la quota di ricovero in tale sede. Infatti, avendo già agito sulla domanda e sulla struttura dell'offerta, tali realtà registrano TSD molto bassi, costanti decrementi dell'attività di DH per i DRG considerati e sembrano avere aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici, anche per prestazioni di una certa complessità, il livello di assistenza ambula-

toriale distrettuale. Tali nuove evidenze suggeriscono l'utilità di rimodulare le ipotesi di analisi e di programmazione.

In termini di analisi, oltre ai parametri studiati, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno considerare anche il tasso di dimissione al netto dei ricoveri di 1 giorno in RO, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare anche solo localmente rilevazioni omogenee sulle tipologie di attività di diagnostica ambulatoriale che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatezza dei ricoveri.

In termini di programmazione occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato-Regioni che porta a 180 per 1.000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale e che sia valutata l'opportunità che in tutte le regioni i DH di tipo medico siano sempre più sostituiti da modelli di organizzazione tipo Day Service, in quanto livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato rispetto al ricovero. In una prospettiva di progressiva deospedalizzazione di alcune patologie, con la garanzia di adeguate condizioni organizzative, potrebbe essere opportuno prevedere specifiche penalizzazioni tariffarie per le prestazioni erogate in regime di DH in modo da incentivare il ricorso a modelli di erogazione meno onerosi ed altrettanto efficaci riguardo la qualità dell'assistenza erogata.

Dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici

Significato. L'indicatore è tra quelli previsti dal DM 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" e misura la quota di

pazienti ricoverati e dimessi da un reparto chirurgico in cui eseguono procedure diagnostiche e terapeutiche che non esitano in un intervento chirurgico.

Percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico

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

Numeratore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici con DRG medici

 Denominatore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici

Validità e limiti. In associazione ad altri indicatori dell'assistenza ospedaliera (tasso di ospedalizzazione, tasso di utilizzo delle strutture, etc.) l'indicatore in oggetto consente di misurare l'appropriato utilizzo dei reparti chirurgici ed è in grado di fornire indicazioni utili per valutare la corretta programmazione dell'offerta ospedaliera, in termini di adeguato dimensionamento delle discipline afferenti all'area medica e chirurgica e di adeguata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia intra che extra ospedalieri. Se analizzato da solo è importante premettere che una quota di pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medici è fisiologica e non del tutto eliminabile in quanto, anche a seguito di un corretto percorso assistenziale e di un idoneo inquadramento diagnostico, per le possibili evoluzioni delle condizioni cliniche, alcuni pazienti potrebbero non aver più necessità di un intervento chirurgico precedentemente previsto. L'indicatore è, peraltro, robusto quando si confrontano reparti della medesima disciplina inseriti in contesti ospedalieri omogenei per *mission* e dimensionamento. Il confronto su base regionale consente di avere un quadro abbastanza preciso circa l'appropriato utilizzo dell'insieme dei reparti chirurgici, anche se per una corretta interpretazione dei risultati occorre tenere conto delle diverse variabili che possono condizionare l'espressione del dato. Tra queste occorre considerare particolari condizioni organizzative, come nel caso di ospedali di piccole dimensioni in cui le attività dei Dipartimenti di Emergenza non sono ancora del tutto strutturate, le situazioni in cui non sono attivate le funzioni di Triage e le Unità di Osservazione Breve nei Pronto Soccorso, ovvero non sono stati definiti adeguati PDT. In questi casi le Unità Operative chirurgiche sono spesso obbligate a farsi carico direttamente, anche in regime di degenza ordinaria, dell'*iter* diagnostico di molteplici quadri patologici che non esiteranno in una terapia chirurgica.

Valore di riferimento/Benchmark. Non sono presenti valori di riferimento dell'indicatore di tipo normativo. Il valore medio delle tre regioni con migliore *performance* può fornire una misura concreta dei risultati che è possibile conseguire agendo sulla programmazione e sulla moderna organizzazione delle attività ospedaliere.

Descrizione dei risultati

Come si può osservare nella Tabella 1 e nel Grafico 1 la proporzione media nazionale di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico è del 36,3%. Il dato presenta una elevata variabilità regionale ed un evidente gradiente tra le regioni settentrionali e meridionali. In generale, presentano valori al di sotto della media nazionale tutte le regioni del Centro-Nord, ad eccezione delle PA di Bolzano e Trento, della Valle d'Aosta, dell'Umbria e del Lazio. Hanno valori al di sopra della media tutte le regioni del Sud e le Isole. Le regioni con le percentuali più basse sono l'Emilia-Romagna, che registra il valore minimo (26,2%), le Marche (28,0%), il Friuli-Venezia Giulia (29,3%) e il Piemonte (29,5%). Le regioni dove si registrano i valori più alti sono, oltre alla Calabria che segna il valore massimo (47,1%), la Campania (45,3%) e la Sicilia (44,8%). Dal 2005 al 2007 la percentuale di dimissioni con DRG medico da reparto chirurgico ha subito, a livello nazionale, una lieve riduzione (dal 37,6% nel 2005 al 36,3% nel 2007). La Tabella 1 e il Grafico 1 evidenziano che, nel periodo preso in considerazione, l'Abruzzo e la Basilicata hanno diminuito in modo consistente il valore dell'indicatore, mentre nella maggior parte delle regioni il dato è rimasto invariato e in tre regioni ha subito un lieve incremento (Lazio, Molise, PA di Bolzano).

Tabella 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici per regione di ricovero - Anni 2005-2007

Regioni	2005	2006	2007
Piemonte	30,3	30,1	29,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	39,6	35,9	37,4
Lombardia	29,9	29,8	30,0
Bolzano-Bozen	44,0	44,1	45,0
Trento	42,0	43,4	41,2
Veneto	33,6	33,1	33,0
Friuli-Venezia Giulia	29,6	29,7	29,3
Liguria	37,4	36,8	35,5
Emilia-Romagna	27,3	26,4	26,2
Toscana	35,9	35,8	35,4
Umbria	40,3	39,4	38,5
Marche	29,7	28,9	28,0
Lazio	36,8	36,8	37,4
Abruzzo	46,7	40,7	38,0
Molise	41,9	42,6	43,1
Campania	45,5	46,1	45,3
Puglia	43,6	42,7	40,9
Basilicata	48,7	44,3	42,8
Calabria	49,5	47,7	47,1
Sicilia	46,9	46,7	44,8
Sardegna	44,6	45,1	43,3
Italia	37,6	37,0	36,3

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Percentuale di dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici per regione di ricovero. Anno 2007

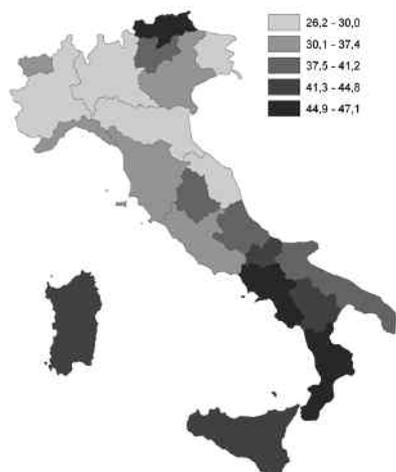
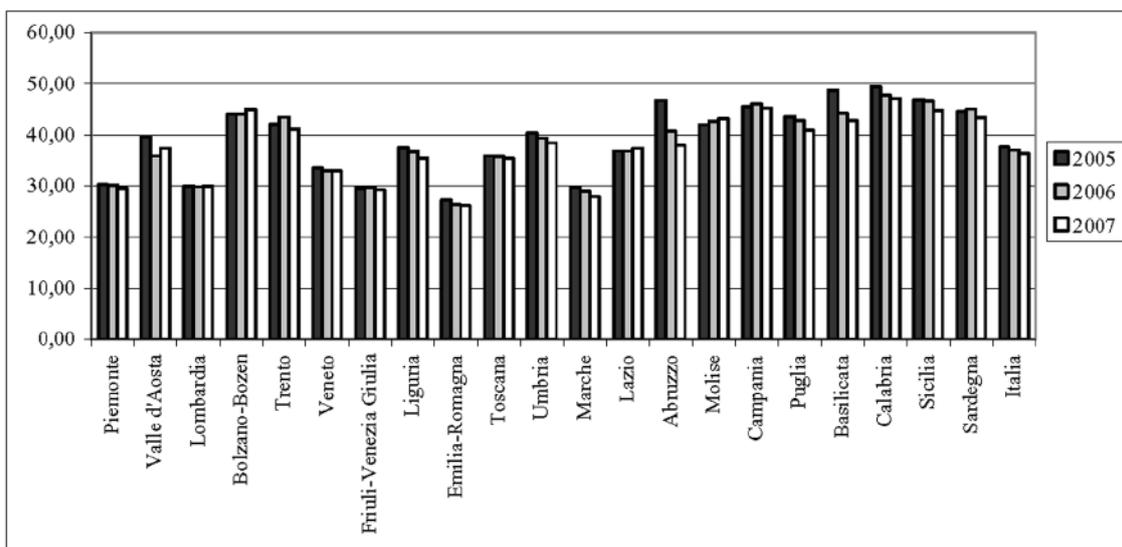


Grafico 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici per regione di ricovero - Anni 2005-2007

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante una quota di dimissioni da reparto chirurgico con un DRG medico sia da considerare incompriabile a causa dei possibili cambiamenti delle condizioni cliniche durante la degenza, l'estrema variabilità regionale suggerisce che diversi interventi possono essere messi in atto per ridurre questo fenomeno, soprattutto nelle regioni in cui esso è più elevato.

Il ricovero di pazienti che richiedono un intervento chirurgico in reparti ospedalieri predisposti e attrezzati per assicurare assistenza pre e post operatoria può tradursi in una maggiore efficienza nella gestione dei casi, perché consente un razionale ed omogeneo utilizzo delle risorse, ma, soprattutto, può determinare benefici di tipo clinico-assistenziale per il paziente,

umentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato.

Gli interventi da porre in atto per migliorare la situazione rilevata devono essere orientati verso un migliore dimensionamento dei reparti chirurgici, alla individuazione di aree di degenza omogenee organizzate per intensità di cure, al potenziamento dei Dipartimenti di emergenza, alla qualificazione del Triage clinico e all'istituzione di Unità di Osservazione Breve nei Pronto Soccorso. Inoltre, non devono essere trascurate le azioni volte alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici che dovrebbero prevedere, sia per i ricoveri in urgenza che in elezione, l'ammissione in un reparto chirurgico solo dei pazienti con una precisa indicazione all'intervento.

Il problema delle liste di attesa. Il progetto LISTATTIVA nella AULSS TV-7

Dott. Anton Giulio de Belvis, Dott.ssa Amalia Biasco, Dott.ssa Maria Avolio, Dott.ssa Marta Marino, Dott. Gian Antonio Dei Tos, Dott. Sandro Cinquetti, Prof. Gualtiero Ricciardi

Le liste di attesa per prestazioni sanitarie diagnostiche, terapeutiche e/o assistenziali rappresentano uno dei maggiori problemi dei Paesi con un Servizio Sanitario Nazionale, con ripercussioni tanto sulla fiducia quanto sulla qualità percepita dal cittadino-utente nei confronti del servizio stesso.

Le attuali strategie di gestione delle liste di attesa sono orientate sulla domanda e sull'offerta. Quelle incentrate sulla domanda comprendono la prioritizzazione dei pazienti in funzione del bisogno di salute, l'appropriatezza delle prescrizioni e l'*empowerment* del cittadino. Le prevalenti strategie sull'offerta sono orientate all'incremento della capacità produttiva e all'introduzione di strumenti di *governance* clinica (sistemi informativi, miglioramenti gestionali e dell'accessibilità, percorsi del paziente) (1).

In Italia, sin dagli anni '90, le liste di attesa acquistarono un'importanza sempre maggiore: con il DPCM 16/04/02 un'accessibilità equa, appropriata, tempestiva e trasparente ai servizi sanitari è parte delle garanzie dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (2).

Nel nostro Paese, a differenza di altri nell'area OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), l'attenzione sulle liste di attesa sembra vertere principalmente sulle prestazioni ambulatoriali, compresi i *test* diagnostici (1).

Anche in Italia, i provvedimenti suggeriti vanno dalla prioritizzazione alla definizione con i prescrittori dei percorsi diagnostico-terapeutici, dall'inserimento delle prestazioni nel CUP (Centro Unificato di Prenotazione) aziendale/regionale, all'informatizzazione, alla trasparenza e al monitoraggio delle liste. Determinante è il coinvolgimento dei cittadini, rendere più appropriata e differenziata la domanda, monitorare lo stato di salute dei pazienti inseriti nelle liste di attesa prolungate, ridurre i *drop-out* dalle liste (3).

Il Progetto LISTATTIVA

Una delle innovazioni più recentemente introdotta riguarda i sistemi di gestione attiva delle liste, attuati con successo in Danimarca, Svezia e Spagna (4).

In Italia, è stata realizzata nel 2008 una sperimentazione gestionale tra la AULSS TV-7 Pieve di Soligo (Treviso) e l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma per la gestione attiva dei soggetti in lista di attesa con classe di priorità C (entro 180 giorni) per le visite ambulatoriali di cardiologia, oncologia, oculistica e angiologia (Progetto LISTATTIVA). 502 pazienti selezionati tra quelli a circa 90 giorni dall'esecuzione preventivata sono stati intervistati telefonicamente dal personale addestrato della ASL su modalità ed attori della prenotazione, accessibilità ai servizi, con lo scopo di monitorare lo stato di salute ed, eventualmente, riclassificare il soggetto all'interno delle classi di priorità.

Ulteriore obiettivo era quello di aggiornare le liste in base alla volontà del cittadino di eseguire la prestazione e di essere raggiunti da un *remind* telefonico in prossimità della visita.

Per valutare la qualità dell'intervento, è stato condotto uno studio *pre-post*, utilizzando come "inter-evento" un campione rappresentativo di pazienti in ambulatorio cardiologico (367 utenti, tra i quali quelli oggetto della gestione attiva) e come "controllo" 379 utenti in ambulatorio fisiatrico. La variabile di esito misurata, attraverso l'autosomministrazione di un questionario anonimo, è stata la qualità percepita del Servizio Sanitario Regionale (SSR), prima e dopo l'implementazione del programma di gestione attiva delle liste di attesa.

Risultati

L'iniziativa ha registrato oltre il 96% di gradimento nei soggetti intervistati telefonicamente, i *drop-out* tra i pazienti in lista sono stati 5 (1% del totale) ed i soggetti per i quali si è resa necessaria una rivalutazione 2 (0,4%).

Nello studio, *pre-post* con controllo, nella fase pre-implementation, il 52% ed il 41% del campione, rispettivamente nel gruppo di intervento e in quello di controllo, hanno dato un giudizio positivo sul SSR.

Nella fase post-implementation, nel gruppo di intervento, è stato registrato un incremento dal 52% al 53% nel giudizio positivo. Nel gruppo di controllo, viceversa, si è registrato un decremento dal 41% al 34% nel giudizio positivo sulla qualità percepita del SSR. L'applicazione del test del Chi quadro ha mostrato una differenza statisticamente significativa nel pre e nel post tra i due gruppi, relativamente alla variabile indagata (Chi quadro: 5,74; df: 1; p-value <0,05).

Conclusioni

In molti Paesi, liste di attesa non appropriate rispetto ai bisogni della popolazione si associano ad un giudizio più basso sull'assistenza, ma sono anche associate alla compromissione dello stato di salute dei cittadini in lista, che potrebbero ricevere minor beneficio da cure meno tempestive.

L'elevato gradimento, registrato sia attraverso l'intervista telefonica che nello studio *pre-post* con controllo, dell'esperienza di gestione LISTATTIVA sottolinea che, insieme ad altri interventi di razionalizzazione della domanda, miglioramento dell'offerta e di manutenzione delle liste stesse, è fondamentale che il paziente abbia la tangibile percezione dal Sistema Sanitario di "non essere lasciato solo" durante la sua attesa. Questo vale specialmente per i pazienti con relativamente prolungati intervalli di attesa, come per le prestazioni in Fascia C, ed ha impatto sia sulla qualità percepita che sullo stesso stato di salute e qualità della vita dell'assistito.

Riferimenti bibliografici

- (1) Hurst J, Siciliani L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. Disponibile all'indirizzo URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/24/32/5162353.pdf>. Ultimo accesso: 30/07/09.
- (2) DPCM del 16 aprile 2002: "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa", pubblicato sulla G.U. n. 122 del 27 maggio 2002.
- (3) SIQuAS-VRQ- Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria. Raccomandazione i tempi e le liste di attesa. Disponibile all'indirizzo URL: <http://www.sigg.it/public/doc/DASCARICARE/941.pdf>. Ultimo accesso: 30/07/09.
- (4) Morton A, Bevan G. What's in a wait? Constraining management science and economic perspectives on waiting for emergency care. *Health Policy* 2008; 85: 207-217.
- (5) EU. Patient Safety—Making it happen. Disponibile all'indirizzo URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf. Ultimo accesso: 20/12/09.