

Assistenza ospedaliera

Gli indicatori dell'Assistenza Ospedaliera presentati nelle ultime edizioni del Rapporto Osservasalute hanno mostrato che il processo di modernizzazione e modifica dell'organizzazione e del ruolo dell'ospedale, avviato con le riforme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) introdotte negli anni Novanta, ha prodotto consistenti risultati nella maggioranza delle regioni. La forte autonomia delle Regioni in tema di programmazione ed erogazione dell'assistenza socio-sanitaria e la diretta responsabilizzazione riguardo l'equilibrio finanziario sancito dalla riforma del Titolo V della Costituzione, hanno determinato una generale razionalizzazione dell'offerta ospedaliera, un miglioramento dell'efficienza complessiva e, negli ultimi anni, la ricerca di una maggiore appropriatezza, qualificazione e sicurezza delle cure erogate. Sebbene la progressiva evoluzione e modernizzazione del sistema ospedale non abbia interessato allo stesso modo tutte le regioni del Paese, nel complesso sono evidenti e consolidati i trend attesi riguardo all'esigenza di assicurare i livelli di servizio imposti dalla transizione epidemiologica e demografica e dal contesto socio-economico.

Nel valutare le prospettive dell'assistenza ospedaliera, con la necessità di garantire uniformi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in un quadro federalista della Sanità Pubblica, occorre comunque rilevare che la spinta propulsiva verso una maggiore efficienza del sistema ha probabilmente esaurito il suo corso, almeno nella maggioranza delle regioni. Il nostro sistema ospedaliero, nelle punte e nella media delle *performance* registrate, è in grado di competere con le migliori realtà internazionali e, quindi, nel prossimo futuro è dato prevedere solo piccoli progressi nella maggioranza delle regioni del Centro-Nord e qualche significativo miglioramento soltanto nelle regioni del Sud.

Peraltro, le manovre finanziarie del 2011, il DL n. 135/2012, la cosiddetta *Spending Review* della sanità (1) e la recente Legge di Stabilità 2013 (2), tutte caratterizzate da una sensibile e progressiva riduzione delle risorse dedicate al SSN, pongono con urgenza il tema della effettiva sostenibilità del nostro SSN, già gravato da un finanziamento pubblico costantemente inferiore di 1-2 punti percentuali di Prodotto Interno Lordo rispetto ad altri Paesi europei.

Per allineare il nostro sistema ospedaliero agli standard di produttività, efficienza e sostenibilità richiesti da tale contesto è, pertanto, fondamentale un effettivo cambio di paradigma e riforme strutturali che guidino un nuovo corso centrato su un ruolo ancora più forte dell'assistenza territoriale e su una diversa connotazione dell'assistenza ospedaliera, sempre più rivolta alle patologie acute ad elevato contenuto clinico-assistenziale e caratterizzata da modelli organizzativi in forte discontinuità con il recente passato.

A tale riguardo, la citata *Spending Review* riprende ed aggiorna in senso restrittivo le principali linee della programmazione ospedaliera approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nel dicembre 2009 con il Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (3). Tra le altre misure strutturali di razionalizzazione del sistema sanitario, per il macrolivello dell'assistenza ospedaliera, è programmata la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale a 3,7 per 1.000 abitanti, la contrazione del tasso di ospedalizzazione complessivo a 160 (per 1.000), una durata media di degenza per i ricoveri ordinari inferiore a 7 giorni ed un tasso di occupazione dei posti letto di almeno il 90%.

Tutte le misure richiamate impongono l'esigenza di operare un adeguato monitoraggio ed una sistematica valutazione dello stato di attuazione delle linee di programmazione. A tale scopo, la citata intesa della Conferenza Stato-Regioni del dicembre 2009 aveva già individuato un definito *set* di indicatori di appropriatezza organizzativa, efficacia, efficienza e sicurezza dei sistemi ospedalieri regionali, stabilendo che i rispettivi standard siano rappresentati dal valore medio rilevato nelle regioni individuate come riferimento ai sensi dell'art. 2, comma 3 dell'Intesa stessa. Sempre in questa direzione il DM n. 135/2010, come descritto nell'ultimo contributo di questo Capitolo, ha aggiornato le Linee Guida per la codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera, ampliando il *set* delle informazioni richieste a fini valutativi ed epidemiologici e regolamentando il flusso informativo attraverso la ridefinizione su base mensile della tempistica di trasmissione dei dati dalle Regioni al Ministero della Salute (4).

Gli indicatori dell'assistenza ospedaliera proposti dal Rapporto Osservasalute nelle precedenti edizioni e nella presente, comprendono buona parte degli indicatori previsti a livello nazionale da tale sistema di monitoraggio. Le serie temporali presentate in questo volume e l'eventuale confronto con i dati illustrati nelle precedenti

edizioni consentono, pertanto, di apprezzare i cambiamenti, i risultati ottenuti ed i trend in corso nel Paese e nelle diverse realtà regionali prima dell'emanazione delle ultime indicazioni normative. I dati relativi all'anno 2010 forniscono una fotografia della situazione esistente localmente e, quindi, rappresentano, di fatto, una solida base di confronto per valutare, in futuro, l'efficacia dei provvedimenti via via adottati dalle Regioni riguardo agli obiettivi definiti dalla più recente programmazione del livello nazionale o, in virtù dei poteri garantiti dalla riforma in chiave federalista, delle singole realtà locali.

Gli indicatori dell'assistenza ospedaliera descritti nel presente Rapporto si riferiscono 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, in regime ordinario e diurno;
- efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura: Degenza media e Degenza media pre-operatoria;
- appropriatezza clinica e organizzativa (utilizzo dei diversi *setting* assistenziali): Dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici, Utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatazza, Ricoveri ed accessi in Day Hospital, Day Surgery e One Day Surgery e Percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore.

Per rendere più significativo e comparabile il confronto tra le regioni, ad esempio rispetto alla complessità 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 (Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati").

Sintesi dei dati - I dati del 2010 confermano la costante riduzione del tasso di ospedalizzazione generale e, parallelamente, delle giornate di degenza. Il tasso complessivo del livello nazionale (172,4 per 1.000) è già inferiore allo standard di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalla precedente programmazione e ormai solo 6 regioni presentano tassi superiori a tale soglia. La bontà del dato è, peraltro, da ricondurre quasi esclusivamente alla sola componente dei ricoveri in regime ordinario in quanto il tasso di dimissioni (TD) in regime diurno (50,2 per 1.000 a livello nazionale) in tutte le regioni risulta poco variato nel tempo e superiore alla quota del 20% del totale dei ricoveri indicata come riferimento.

L'analisi delle dimissioni per tipologia di attività conferma una sostanziale stabilità dei ricoveri di Riabilitazione e di Lungodegenza (TD pari, rispettivamente, a 4,5 e 1,6 ricoveri per 1.000 abitanti). La distribuzione per età dei dimessi mostra che i TD più alti si rilevano nelle fasce di età "estreme" (<1 anno e >75 anni) dove si registrano, specie nelle regioni del Sud, variazioni regionali molto più ampie e probabilmente ingiustificate di quelle registrate in tutte le restanti classi.

La quota di pazienti con DRG chirurgico si mantiene alta, sui valori dello scosso anno (41,6% del totale dei dimessi e, rispettivamente, 39,8% e 46,0% dei dimessi in regime ordinario e diurno), malgrado un consistente passaggio di attività chirurgiche poco complesse in regime ambulatoriale. Tale fenomeno, rilevato da anni anche a livello internazionale, testimonia una qualificazione ed un aumento di complessità delle attività ospedaliere e si registra costantemente in tutte le regioni, anche se in quelle del Nord e del Centro la proporzione di DRG chirurgici risulta essere generalmente molto più alta del valore nazionale, con punte che in alcune regioni superano la soglia del 50% dell'attività complessiva. I TD per i DRG medici (58,4% dei dimessi) continuano a mostrare una rilevante e spesso ingiustificata variabilità regionale, sia per i ricoveri ordinari che per la componente diurna. Per i ricoveri chirurgici la variabilità regionale del TD, seppure esistente, risulta di entità molto più modesta.

La degenza media preoperatoria, indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici, risulta sostanzialmente stabile, rispetto al 2009, con un valore nazionale pari a 1,88 giorni. Anche per questo indicatore persistono significative e spesso ingiustificate differenze regionali con un evidente gradiente tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali, segno di disomogeneità nella definizione di specifici percorsi diagnostici e clinico-assistenziali. Si rileva, inoltre, una significativa differenza di genere, con gli uomini che presentano un valore di 2,11 giorni contro 1,78 delle donne.

Per gli indicatori di appropriatezza organizzativa si rileva che, nel 2010, il valore nazionale della proporzione di dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici è pari al 33,3%. L'analisi temporale degli ultimi 3 anni dimostra un trend in diminuzione che ha interessato la gran maggioranza delle regioni. Malgrado i miglioramenti, anche per questo indicatore persiste una spiccata variabilità regionale ed un evidente gradiente geografico in quanto tutte le regioni del Sud e le Isole presentano, senza eccezioni, valori al di sopra del dato nazionale.

Il trasferimento verso il regime diurno delle attività meno complesse e/o potenzialmente inappropriate, come nella precedente edizione, è stato descritto prendendo come riferimento la lista dei DRG medici potenzialmente inappropriati aggiornata ed ampliata dal Patto per la Salute 2010-2012. Nel 2010, l'utilizzo del DH per i

“nuovi” DRG medici a rischio di inappropriately se erogati in regime ordinario mostra solo un lieve incremento rispetto al 2009 (48,1% vs 47,2%). Risulta, al contrario, evidente una positiva e significativa riduzione del TD riferito a questa categoria di DRG (34,4 ricoveri per 1.000 abitanti nel 2010 vs 39,5 nel 2009). Continua ad esistere una elevata variabilità regionale, peraltro non più riconducibile ad un trend geografico, ma con tutta probabilità a differenti modalità organizzative nell'utilizzo del *setting* ambulatoriale. Un numero sempre maggiore di regioni, oltre alla riconversione in Day Hospital (DH) ha, infatti, promosso il trasferimento dei ricoveri diurni di tipo medico meno complessi e potenzialmente inappropriati in *setting* assistenziali extradegenza (ambulatorio e Day Service), ottenendo con ciò una significativa riduzione sia del TD relativo a tali DRG, sia della percentuale di DH. L'analisi congiunta della percentuale di ricoveri effettuata in DH e dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per i DRG considerati, ha consentito di proporre alcune semplici rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione ed i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali.

Una conferma del cambiamento in atto riguardo l'utilizzo dei vari *setting* assistenziali è data dalla percentuale di interventi chirurgici effettuati in regime diurno, che anche nel 2010 si mantiene intorno al 33% delle attività operatorie complessivamente erogate, anche a fronte di un crescente trasferimento in regime ambulatoriale di interventi chirurgici di bassa complessità. Se a tale quota si aggiunge quella relativa agli interventi chirurgici effettuati in One Day Surgery, che nell'anno in corso risulta pari al 18,9%, si osserva che circa il 52% dell'attività chirurgica, grazie alla diffusione delle moderne tecniche mininvasive e di efficaci e sicure pratiche anestesiológicas, è ormai gestita senza ricorrere al tradizionale ricovero ordinario. Questi dati nascondono, tuttavia, un'ampia variabilità regionale, estremamente evidente per la percentuale di One Day Surgery (*range* 4,7-32,1%), in assenza di un significativo gradiente geografico.

Il valore nazionale dell'indicatore di appropriatezza clinica e organizzativa relativo alla percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero è leggermente migliorato, passando dal 33,6% del 2009 al 35,1% del 2010. Il risultato è, comunque, in assoluto molto basso rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura, anche in considerazione del fatto che, nell'arco temporale 2001-2010, l'incremento registrato risulta di modesta entità (31,2% nel 2001). Nel periodo considerato, solo poche regioni hanno modificato in modo deciso la loro *performance*, mentre si è mantenuta una marcata ed ingiustificata variabilità regionale (*range* 16,1-86,6% nel 2010).

Conclusioni - I dati presentati nel Capitolo testimoniano un generale progresso ed una sempre più diffusa attenzione ai temi dell'efficienza, dell'appropriatezza e della continua qualificazione dei sistemi ospedalieri regionali. I risultati raggiunti sono, peraltro, molto difformi nelle diverse realtà geografiche e questo divario consente di valutare sia il cammino percorso negli anni dell'aziendalizzazione del SSN che il cammino ancora da percorrere da parte di alcune regioni per raggiungere sufficienti livelli di *performance* ed appropriatezza dei propri servizi.

Il quadro che emerge dall'analisi degli indicatori esaminati pone anche le basi per comprendere la portata delle azioni da intraprendere nel prossimo futuro per avviare un ulteriore riassetto organizzativo dei nostri servizi, in funzione della sostenibilità del sistema e della concreta possibilità di assicurare l'applicazione uniforme dei LEA entro i parametri strutturali e di funzionamento fissati dalla recente programmazione nazionale.

L'ospedale rappresenta ancora il fulcro del nostro sistema di cura, ma il suo ambito di attività dovrà essere sempre più rivolto alle patologie acute ad elevato contenuto clinico-assistenziale e, di pari passo, dovranno essere investite risorse per sviluppare e potenziare modelli di collaborazione in rete tra presidi di diverso livello e modelli capaci di realizzare una effettiva integrazione con i servizi di assistenza distrettuali. Lo scopo è quello di qualificare i percorsi per le patologie acute di alta complessità, ma anche quello di porre maggiore attenzione al tema della continuità assistenziale e dei percorsi di cura, decentrando attività sanitarie di media complessità verso il livello di assistenza territoriale, in un rapporto più equilibrato dell'ospedale con il sistema delle cure primarie e di forte interazione tra le attività sociali e sanitarie.

È, peraltro, opportuno che il processo interessi in modo diffuso e per quanto possibile omogeneo le diverse realtà regionali. A tale scopo, è fondamentale poter contare su chiari e rigorosi principi di programmazione centrale, ma, nel rispetto delle regole imposte dal federalismo, è altrettanto importante che la “governance” del processo di cambiamento, oltre che a livello nazionale, sia giocata con autonomia e responsabilità ben individuate a livello di ogni singola regione in modo che la scelta e la portata delle azioni da intraprendere siano effettivamente correlate alle caratteristiche ed alle specifiche esigenze delle varie realtà locali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Legge 7 agosto 2012, n. 135 (Spending review) - Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.
- (2) Legge 24 dicembre 2012, n. 228 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2013).

- (3) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.
- (4) Decreto Mds 8 luglio 2010, n.135. Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380. Gazzetta Ufficiale n. 194 del 20 agosto 2010.

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura sintetica sul ricorso al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra 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 distintamente per le diverse modalità di ricovero, ossia sia per il Ricovero Ordinario (RO) che per quel-

lo diurno, comprensivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, o Day Surgery (DS).

Pertanto, 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 trattata da un *setting* assistenziale all'altro. In questo modo, si ottengono anche indicazioni 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 è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). I reparti di dimissione considerati sono quelli per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani e, per garantire omogeneità tra numeratore e denominatore dell'indicatore, sono stati esclusi i ricoveri dei soggetti non residenti in Italia. D'altro canto, sono inclusi i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché l'indicatore intende esprimere l'entità della domanda di ricovero soddisfatta nel corso dell'anno.

L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle meno appropriate, se erogate in regime di ricovero. La non appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di ricovero può non essere esclusivamente espressione di malfunzionamento dell'ospedale, bensì può essere dovuta ad una carente attenzione dei servizi sanitari territoriali verso le patologie croniche.

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.

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. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali.

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 diversa composizione per età delle popolazioni nelle singole regioni. Il dato del 2010 è messo a confronto con analoghe rilevazioni effettuate con riferimento ai dati 2007, 2008 e 2009.

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 (per 1.000) residenti, di cui un 20% (in pratica il 36 per 1.000 residenti) relativo ai ricoveri in regime diurno. Nel corso del 2012, nell'ambito delle disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica, è stato fissato il nuovo limite del tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 (per 1.000) residenti di cui il 25% riferito a ricoveri diurni (cfr. art. 15, comma 13, lettera c del DL n. 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012 n. 135).

Descrizione dei risultati

Nel 2010, il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è 127 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e 51 (per 1.000) in modalità di ricovero diurno.

L'analisi temporale presenta una costante diminuzione nel corso degli anni esaminati in entrambe le modalità di ricovero (Grafico 1).

Ciò emerge sia confrontando i tassi annuali grezzi (Grafico 1) che quelli standardizzati (Tabella 1). Nel 2010, il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale è 172,4 (per 1.000), di cui

122,2 (per 1.000) in modalità ordinaria e 50,2 (per 1.000) in modalità di ricovero diurno. Il tasso di ospedalizzazione complessivo varia, a livello regionale, dal valore massimo presente in Puglia (212,0 per 1.000) al valore minimo del Friuli Venezia Giulia (145,1 per 1.000). Sono 14 le regioni che presentano valori che rientrano nel limite del 180 (per 1.000), mentre altre 7 (nell'ordine Puglia, Campania, Molise, Liguria, Sicilia, PA di Bolzano e Lazio) presentano valori superiori. Il tasso relativo al regime di RO varia dal 106,4 (per 1.000) del Veneto al 151,5 (per 1.000) della Puglia e si registra un valore più elevato del dato nazionale, oltre che nelle regioni del Sud (eccetto la Basilicata), nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Lombardia ed Umbria.

Tutte le regioni, ad eccezione della Lombardia, presentano un tasso di ospedalizzazione per il DH superiore al riferimento normativo del 36 (per 1.000). I ricoveri in DH corrispondono al 29,1% del totale. Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione in regime diurno, le regioni con valori estremi sono la Liguria (80,0 per 1.000) e la Lombardia (33,9 per 1.000). Presentano valori molto superiori al valore nazionale anche la Campania (69,2 per 1.000) e la Sicilia (67,5 per 1.000), quest'ultima, tuttavia, in notevole diminuzione rispetto al 2009.

L'analisi del trend mette in evidenza una costante riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Per il tasso complessivo, la riduzione è del 3,9% nel 2010 rispetto al 2009, dell'8,2% rispetto al 2008 e dell'11,0% rispetto al 2007. Per la modalità di ricovero in regime diurno, la riduzione è del 3,3% rispetto al 2009, del 5,6% rispetto al 2008 e dell'8,3% rispetto al 2007. Per

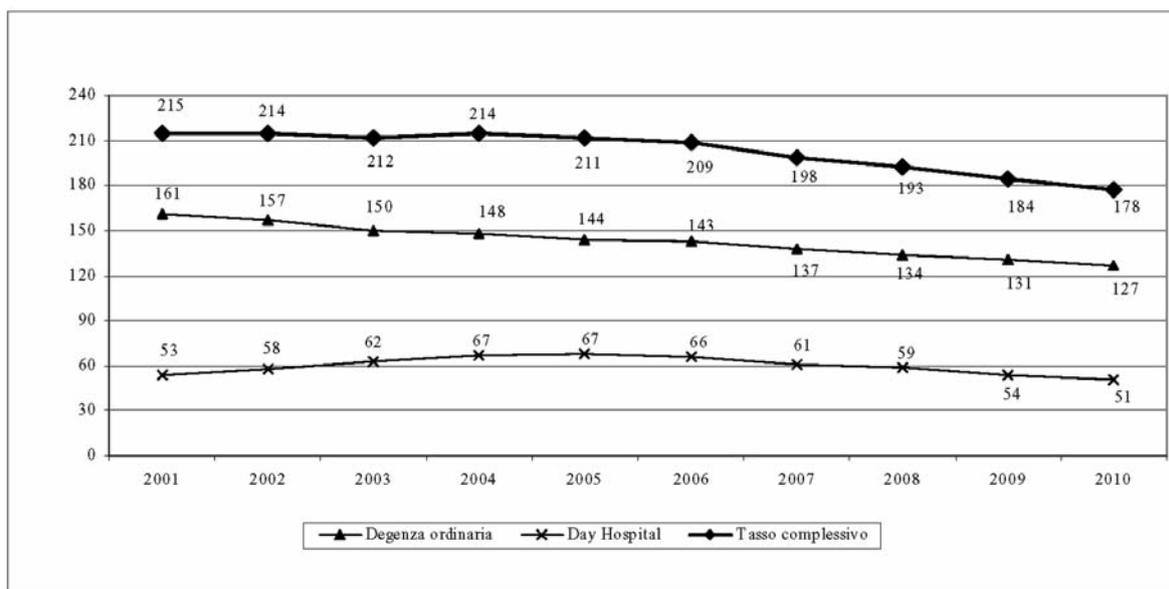
il ricovero diurno, la riduzione del tasso di ospedalizzazione è del 5,3% rispetto al 2009, del 14,0% rispetto al 2008 e del 16,8% rispetto al 2007.

In generale, tutte le regioni presentano un trend in diminuzione del tasso di ospedalizzazione complessivo dal 2007 al 2010. In particolare, la maggiore riduzione, in termini assoluti, si rileva per quelle regioni con valore di partenza più elevato: Sicilia (241,2 vs 190 per 1.000), Abruzzo (217,7 vs 176,6 per 1.000) e Calabria (217,1 vs 177,1 per 1.000).

Per quanto riguarda le dimissioni da RO, una riduzione del tasso di ospedalizzazione si rileva in quasi tutte le regioni, ad eccezione del Piemonte (108,2 nel 2007 vs 112,8 per 1.000 nel 2010), Toscana (103,6 vs 108,7 per 1.000) ed Umbria (118,1 vs 123,9 per 1.000). Le regioni con una riduzione più consistente sono, come per il tasso complessivo, Abruzzo (158,7 nel 2007 vs 125,9 per 1.000 nel 2010), Molise (164,9 vs 138,5 per 1.000) e Calabria (149,5 vs 125,8 per 1.000).

Per quanto riguarda le dimissioni da ricovero diurno, si rileva una notevole riduzione del tasso di ospedalizzazione in Sicilia (101,5 nel 2007 vs 67,5 per 1.000 nel 2010), Piemonte (61,5 vs 43,1 per 1.000) ed Umbria (58,6 vs 41,6 per 1.000), con quest'ultima regione che già nel 2007 presentava un valore al di sotto del dato nazionale. In generale, tutte le regioni, escluse la Puglia (53,8 vs 60,5 per 1.000), la PA di Trento (57,0 vs 60,9 per 1.000) ed il Friuli Venezia Giulia (36,4 vs 38,0 per 1.000), registrano una netta diminuzione del tasso di ospedalizzazione per il ricovero diurno.

Grafico 1 - Tasso grezzo (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regime di ricovero - Anni 2001-2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

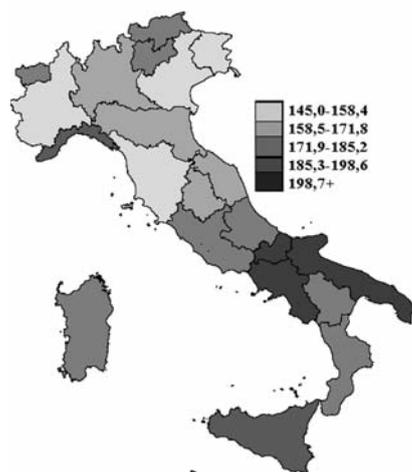
Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regime di ricovero e regione - Anni 2007-2010

Regioni	2007			2008			2009			2010		
	RO	DH	Totale									
Piemonte	108,2	61,5	169,7	106,4	62,3	168,7	114,2	45,9	160,1	112,8	43,1	155,9
Valle d'Aosta	129,9	57,2	187,1	130,3	56,1	186,4	129,0	49,5	178,5	128,2	48,3	176,5
Lombardia	135,2	45,5	180,7	133,5	42,6	176,1	131,6	40,3	171,9	124,6	33,9	158,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>154,2</i>	<i>51,7</i>	<i>205,9</i>	<i>149,5</i>	<i>49,8</i>	<i>199,3</i>	<i>140,9</i>	<i>49,5</i>	<i>190,4</i>	<i>136,2</i>	<i>47,4</i>	<i>183,6</i>
<i>Trento</i>	<i>123,0</i>	<i>57,0</i>	<i>180,0</i>	<i>120,1</i>	<i>56,7</i>	<i>176,8</i>	<i>118,5</i>	<i>58,8</i>	<i>177,4</i>	<i>115,5</i>	<i>60,9</i>	<i>176,5</i>
Veneto	115,8	45,9	161,7	112,7	41,9	154,6	108,9	40,6	149,5	106,4	40,3	146,8
Friuli Venezia Giulia	114,2	36,4	150,6	111,9	37,5	149,4	109,0	38,3	147,2	107,1	38,0	145,1
Liguria	119,7	88,6	208,3	117,4	89,4	206,8	114,9	85,5	200,4	112,9	80,0	192,9
Emilia-Romagna	126,8	43,2	170,0	124,6	42,4	167,0	121,8	41,9	163,6	120,5	41,6	162,1
Toscana	103,6	51,2	154,8	100,8	51,3	152,0	108,1	41,3	149,4	108,7	39,3	148,0
Umbria	118,1	58,6	176,7	115,8	57,4	173,3	122,9	46,0	168,9	123,9	41,6	165,5
Marche	127,1	46,7	173,7	124,7	47,2	171,9	122,8	46,0	168,8	120,4	38,4	158,7
Lazio	137,0	67,8	204,8	131,7	66,8	198,5	125,9	63,7	189,6	121,1	60,7	181,8
Abruzzo	158,7	58,9	217,7	141,2	58,9	200,1	132,9	52,7	185,5	125,9	50,7	176,6
Molise	164,9	63,5	228,4	148,9	62,5	211,4	135,4	61,8	197,1	138,5	62,5	201,0
Campania	155,1	77,1	232,2	151,5	79,6	231,1	144,9	76,0	220,9	132,9	69,2	202,0
Puglia	166,3	53,8	220,1	159,9	56,1	216,0	154,8	39,0	193,8	151,5	60,5	212,0
Basilicata	123,2	72,0	195,2	121,7	70,8	192,4	117,9	66,2	184,1	114,5	65,2	179,7
Calabria	149,5	67,6	217,1	142,5	71,2	213,8	127,1	53,6	180,7	125,8	51,3	177,1
Sicilia	139,6	101,5	241,2	134,6	83,2	217,8	128,0	83,7	211,7	122,5	67,5	190,0
Sardegna	139,6	57,7	197,4	135,2	54,4	189,6	124,7	51,5	176,2	125,4	50,9	176,3
Italia	133,3	60,3	193,6	129,5	58,3	187,8	126,4	53,0	179,4	122,2	50,2	172,4

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regione. Anno 2010



Raccomandazioni di Osservasalute

Come stabilito con il Patto per la Salute 2010-2012, sia i Piani Sanitari in vigore che i Piani di Rientro delle regioni in disavanzo finanziario 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 ed a potenziare le forme di assistenza alter-

native al tradizionale ricovero ospedaliero. In particolare, devono essere potenziate l'assistenza territoriale e distrettuale ed, in ambito residenziale e domiciliare, l'assistenza riabilitativa e di lungodegenza.

La programmazione sanitaria deve volgere all'abbattimento dei tempi di attesa ed all'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza nella 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, è raggiunto da gran parte delle regioni centro-settentrionali, con alcune eccezioni. Nel trend considerato, si rileva che le regioni del Mezzogiorno tendono gradualmente alla soglia del 180 (per 1.000): Sardegna e Calabria, in particolare, sembrano aver raggiunto l'obiettivo.

I provvedimenti emanati fin dal 2001 con la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e fino all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 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 DH/DS ed in regime ambulatoriale, con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Tuttavia, 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 ospedaliere 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*

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

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

¹Regime di Ricovero Ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO), considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, nel corso del 2010, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). 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 da attribuire ad un medesimo paziente, con riferimento ad un unico 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 regime diurno a quello ordinario e viceversa), devono essere compilate due distinte 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 relativi a differenti episodi di ricovero avuti 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 ospeda-

liera (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Rispetto ai dati relativi alle SDO 2009 (Rapporto Osservasalute 2011, pagg. 343-346), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tassi di ospedalizzazione in regime ordinario per acuti; sostanzialmente stabili i ricoveri in riabilitazione ed in lungodegenza.

I tassi specifici per età dei ricoveri ordinari in reparti per acuti presentano una notevole variabilità tra le regioni. In particolare, si evidenziano valori considerevolmente più elevati per le classi di età estreme nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Centro-Nord. Relativamente all'attività di riabilitazione, sono state considerate classi di età più ampie perché più frequentemente i pazienti anziani necessitano di prestazioni riabilitative in regime di Ricovero Ordinario. In questo caso si osserva un lieve aumento dei tassi di ricovero standardizzati rispetto all'anno precedente, seppure con talune eccezioni. Le regioni per le quali si rileva una diminuzione dei tassi sono la PA di Bolzano (5,7 nel 2009 vs 5,1 per 1.000 nel 2010), il Friuli Venezia Giulia (2,6 nel 2009 vs 2,4 per 1.000 nel 2010), l'Emilia-Romagna (4,4 nel 2009 vs 2,5 per 1.000 nel 2010) e le Marche (2,9 nel 2009 vs 2,4 per 1.000 nel 2010). Da rilevare, inoltre, come il tasso di ospedalizzazione assuma valori più elevati per la classe degli ultra 75enni e con considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è presumibilmente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione delle strutture specialistiche per l'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 mostra-

no una modesta attività di lungodegenza in Umbria (1,6 per 1.000), Liguria (2,6 per 1.000) e Valle d'Aosta e Sicilia (3,8 per 1.000), mentre i valori più

elevati si osservano in Emilia-Romagna (45,7 per 1.000), PA di Bolzano (35,6 per 1.000) e PA di Trento (23,5 per 1.000).

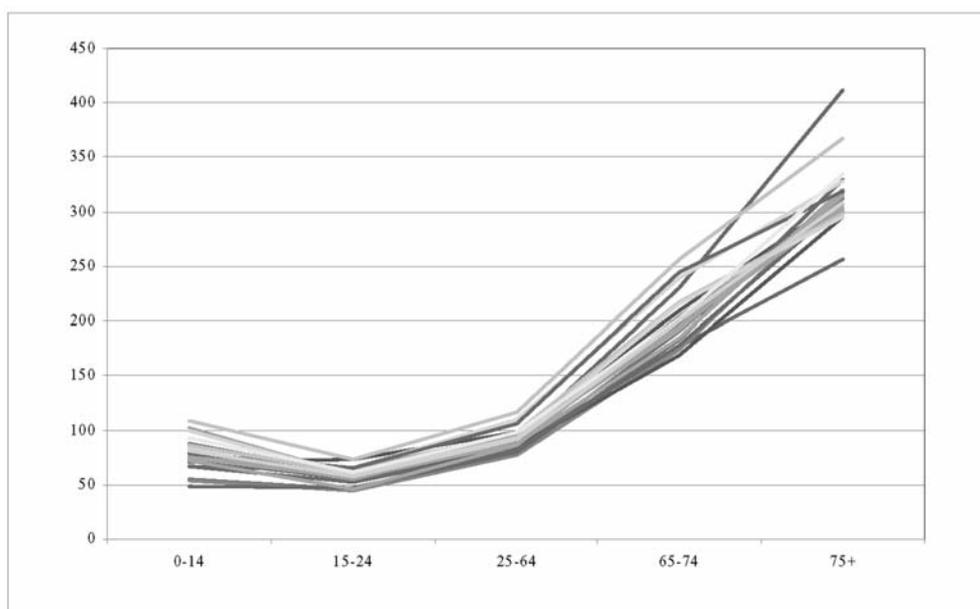
Tabella 1 - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti e regione - Anno 2010

Regioni	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	73,0	54,4	84,9	176,1	256,9	103,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	71,2	73,5	98,6	209,5	312,5	120,9
Lombardia	87,6	58,3	90,4	196,6	303,1	114,8
Bolzano-Bozen	66,9	62,3	93,3	230,6	411,4	126,4
Trento	55,4	45,8	81,9	191,0	316,3	104,6
Veneto	53,3	44,8	77,0	174,6	314,4	99,6
Friuli Venezia Giulia	48,8	46,9	79,7	182,8	329,0	102,8
Liguria	75,3	57,3	84,4	169,3	295,0	106,2
Emilia-Romagna	74,2	56,1	88,2	184,9	320,6	111,7
Toscana	66,4	52,5	82,2	177,5	306,9	104,9
Umbria	85,5	63,8	97,3	194,9	315,6	119,9
Marche	75,3	57,3	93,0	192,9	315,0	115,0
Lazio	79,1	54,4	92,3	194,7	303,4	114,1
Abruzzo	102,0	58,6	95,4	201,5	300,5	120,1
Molise	83,9	66,0	109,8	239,1	328,1	132,5
Campania	78,0	64,9	105,6	244,0	319,0	129,0
Puglia	108,5	72,7	117,1	256,9	367,7	145,9
Basilicata	71,8	45,7	85,9	204,7	307,6	109,9
Calabria	86,7	60,8	98,1	217,6	298,6	121,1
Sicilia	100,0	59,0	92,9	216,2	295,3	119,5
Sardegna	93,5	61,0	97,5	201,0	334,5	123,0
Italia	80,8	58,2	92,2	199,7	309,0	115,7

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 1 - Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti e regione - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Tabella 2 - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per riabilitazione e regione - Anno 2010

Regioni	0-44	45-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	1,6	7,2	19,0	24,8	6,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,9	6,0	21,3	22,2	6,1
Lombardia	1,3	7,1	23,5	38,0	8,1
Bolzano-Bozen	0,5	3,6	14,0	30,0	5,1
Trento	1,0	7,0	25,4	32,8	7,6
Veneto	0,6	3,8	14,2	18,2	4,3
Friuli Venezia Giulia	0,6	2,7	7,6	7,1	2,4
Liguria	1,2	5,7	15,9	22,6	5,6
Emilia-Romagna	0,5	2,7	7,9	8,4	2,5
Toscana	0,5	2,3	7,8	11,5	2,6
Umbria	0,7	3,5	10,9	9,7	3,2
Marche	0,6	2,4	7,8	9,0	2,4
Lazio	0,7	4,1	14,5	27,4	5,2
Abruzzo	0,8	3,2	12,3	17,8	4,0
Molise	0,6	4,7	14,2	21,0	4,7
Campania	0,5	2,6	8,4	11,8	2,7
Puglia	0,9	4,2	14,1	17,0	4,4
Basilicata	0,7	3,2	10,4	15,0	3,5
Calabria	0,8	3,8	11,6	13,1	3,7
Sicilia	0,8	2,9	8,1	8,4	2,7
Sardegna	0,5	1,5	4,6	5,6	1,6
Italia	0,8	4,2	13,7	19,2	4,5

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per riabilitazione della classe di età 75 anni ed oltre e regione. Anno 2010

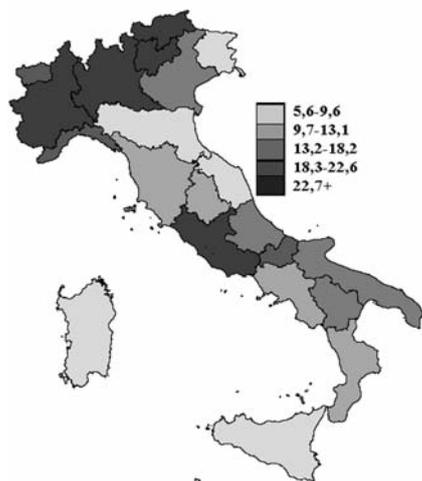


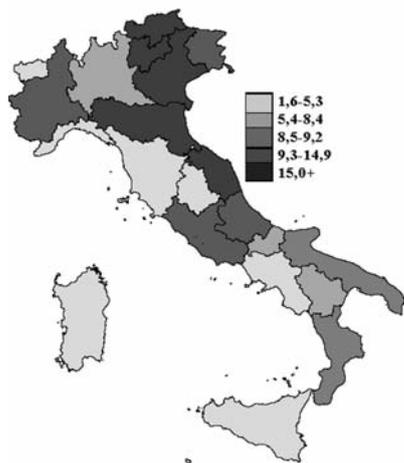
Tabella 3 - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza e regione - Anno 2010

Regioni	0-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,5	3,9	14,9	2,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,2	1,9	3,8	0,7
Lombardia	0,1	1,6	7,5	0,9
Bolzano-Bozen	0,7	9,0	35,6	4,4
Trento	0,4	4,2	23,5	2,7
Veneto	0,3	3,3	16,6	1,9
Friuli Venezia Giulia	0,2	2,4	11,3	1,3
Liguria	0,1	0,8	2,6	0,4
Emilia-Romagna	0,8	10,8	45,7	5,6
Toscana	0,1	0,8	4,7	0,5
Umbria	0,1	0,6	1,6	0,3
Marche	0,6	4,2	17,9	2,4
Lazio	0,2	2,0	12,5	1,4
Abruzzo	0,3	3,0	12,6	1,6
Molise	0,2	2,4	8,2	1,1
Campania	0,9	2,2	5,3	1,4
Puglia	0,2	2,6	9,2	1,2
Basilicata	0,3	2,9	8,1	1,2
Calabria	0,3	3,4	8,5	1,3
Sicilia	0,2	1,5	3,8	0,6
Sardegna	0,1	1,0	4,6	0,6
Italia	0,3	2,9	12,5	1,6

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza della classe di età 75 anni ed oltre e regione. Anno 2010



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 ed 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 ed accessi in Day Hospital, Day Surgery ed “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 con degenza ordinaria. La modalità di ricovero in “One Day Surgery” consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, 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

x 100

Percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico di 0-1 giorno in regime di Ricovero Ordinario
Denominatore	Dimissioni totali in regime di Ricovero Ordinario con DRG chirurgico

x 100

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 2010.

Per individuare i ricoveri di DS e “One Day Surgery”, si utilizza il sistema di classificazione DRG, considerando in particolare le dimissioni ospedaliere che hanno attribuito un DRG chirurgico.

A tal proposito, si ritiene necessario evidenziare che, dal 1 gennaio 2009, è stata adottata una versione aggiornata del sistema di classificazione ICD-9-CM, per la codifica delle diagnosi e procedure/interventi rilevati con il flusso informativo derivante dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). La versione adottata è quella relativa al 2007 e, conseguentemente, è stata anche adottata la corrispondente versione della classificazione DRG (XXIV versione). Per i raffronti temporali è necessario prestare le opportune cautele.

Inoltre, come già specificato, esistono differenti modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. Anche per questo aspetto occorre caute-

la nella lettura dei dati per i confronti regionali.

Infatti, si è più volte constatato che in talune regioni vengono seguite correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale per la registrazione dei ricoveri diurni, cioè a completamento di un ciclo programmato di accessi. In altri casi, si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio trimestrale o mensile, che comporta un incremento fittizio del numero di dimissioni in ricovero diurno.

Infine, le differenze regionali relative alle dimissioni di “One Day Surgery” possono essere dovute ad una diversa organizzazione dell’offerta dei servizi, qualora possano essere queste erogate in ambito ambulatoriale. 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 regime ordinario, con durata della degenza non superiore ad un giorno e DRG chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Il confronto dei dati regionali con quello nazionale consente di evidenzia-

re le differenti modalità di registrazione degli accessi in regime diurno nelle regioni.

Descrizione dei risultati

Il valore nazionale è pari a 3,79 accessi per prestazioni di tipo medico ed a 1,60 accessi per prestazioni di tipo chirurgico. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le prestazioni di tipo medico, passando da 2,39 accessi della Puglia a 8,16 dell'Emilia-Romagna.

Su tale variabilità incidono le patologie trattate, ma sicuramente anche le differenti modalità amministrative. Infatti, è rilevabile una correlazione inversa tra il numero medio di accessi e la numerosità dei ricoveri in DH, ad esempio in Emilia-Romagna ci sono 8,16 accessi a fronte di 90.771 dimessi, in Lombardia 3,14 accessi a fronte di 194.683 dimessi e nel Lazio 3,43 accessi a fronte di 240.334 dimessi.

Non si dimentichi l'utilizzo, talvolta improprio, della modalità assistenziale di DH per attività che potrebbe-

ro essere agevolmente effettuate in ambito ambulatoriale. Ciò, in particolare, si verifica per il DH diagnostico piuttosto che per quello terapeutico.

La percentuale di ricoveri in DS sul totale dei ricoveri diurni è in diminuzione rispetto all'anno precedente e si attesta al 45,54% nel 2010. La variabilità regionale è particolarmente significativa e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. In generale, i valori sono tendenzialmente più elevati nelle regioni del Centro-Nord, piuttosto che nelle regioni meridionali. Le regioni che presentano percentuali di DS più contenute rispetto ai ricoveri diurni sono Calabria, Lazio e Sicilia, con percentuali intorno al 30%.

Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresentano il 18,90%, delle dimissioni in regime ordinario con DRG chirurgico, presentano una elevata variabilità a livello territoriale. Si passa dal 4,68% della Sicilia al 32,06% del Piemonte.

Tabella 1 - Dimessi (valori assoluti) e numero medio di accessi in Day Hospital ed in Day Surgery per regione - Anno 2010

Regioni	Day Hospital			Day Surgery		
	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi
Piemonte	84.868	405.508	4,78	107.999	112.813	1,04
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.571	15.291	5,95	3.176	3.651	1,15
Lombardia	194.683	611.442	3,14	144.787	151.263	1,04
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>8.875</i>	<i>34.971</i>	<i>3,94</i>	<i>17.455</i>	<i>19.439</i>	<i>1,11</i>
<i>Trento</i>	<i>8.389</i>	<i>41.263</i>	<i>4,92</i>	<i>20.668</i>	<i>25.634</i>	<i>1,24</i>
Veneto	53.078	157.269	2,96	143.213	233.964	1,63
Friuli Venezia Giulia	19.982	120.970	6,05	31.574	60.693	1,92
Liguria	84.870	359.450	4,24	55.763	109.900	1,97
Emilia-Romagna	90.771	740.737	8,16	108.473	169.829	1,57
Toscana	88.025	416.284	4,73	68.526	76.375	1,11
Umbria	19.294	78.248	4,06	17.888	22.017	1,23
Marche	25.878	128.676	4,97	35.452	36.235	1,02
Lazio	240.334	825.211	3,43	119.536	284.435	2,38
Abruzzo	26.776	130.380	4,87	38.471	46.135	1,20
Molise	11.393	38.547	3,38	10.023	14.641	1,46
Campania	218.193	687.488	3,15	154.188	379.977	2,46
Puglia	130.559	312.614	2,39	101.573	152.710	1,50
Basilicata	21.852	75.114	3,44	15.305	34.732	2,27
Calabria	62.252	235.662	3,79	25.546	41.019	1,61
Sicilia	210.732	655.895	3,11	116.654	189.347	1,62
Sardegna	42.415	164.074	3,87	39.889	43.438	1,09
Italia	1.645.790	6.235.094	3,79	1.376.159	2.208.247	1,60

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Tabella 2 - Percentuale di ricoveri in Day Surgery ed in "One Day Surgery" per regione - Anno 2010

Regioni	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	56,00	32,06
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	55,26	12,39
Lombardia	42,65	23,47
Bolzano-Bozen	66,29	7,18
Trento	71,13	7,21
Veneto	72,96	13,56
Friuli Venezia Giulia	61,24	25,53
Liguria	39,65	7,59
Emilia-Romagna	54,44	26,17
Toscana	43,77	26,42
Umbria	48,11	30,48
Marche	57,81	29,48
Lazio	33,22	12,09
Abruzzo	58,96	11,42
Molise	46,80	6,40
Campania	41,41	9,76
Puglia	43,76	18,89
Basilicata	41,19	7,35
Calabria	29,10	9,90
Sicilia	35,63	4,68
Sardegna	48,47	11,98
Italia	45,54	18,90

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

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; la collocazione degli 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.

Il Patto per la Salute 2010-2012, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, fornisce un aggiornamento della lista di DRG ad alto rischio di non appropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario. 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 illustrato confronta i tassi di dimissione (TD) per DRG medico e chirurgico, sia per il regime di degenza ordinaria che per quello diurno, con lo scopo di valutare, nell'ambito di ogni regione, il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo. In questo contesto, viene analizzata anche la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri.

L'indicatore è inserito nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 (1). La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG medici e chirurgici. La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensionamento dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto Soccorso e di diagnosi strumentale e di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extradegenza o verso i servizi distrettuali.

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

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

Percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per DRG chirurgici}}{\text{Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. Nel calcolo del tasso di ospedalizzazione sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti escludendo i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione.

Quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina ed a popolazioni confrontabili per caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il TD esprime la domanda soddisfatta. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico intervengono anche dei fattori confondenti per cui 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,

Le differenze dei TD Med sono, in massima parte, spiegabili dalle variabili legate alla struttura dell'offerta ed alle politiche organizzative di governo della domanda. Anche il TD Ch è correlato al dimensionamento dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare che anche altri fattori possono influenzare caratteristiche e volumi 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 (ad esempio, consenso non univoco dei professionisti riguardo le indicazioni all'intervento, caratteristiche dei *setting* assistenziali proposti, livello di informazione dei pazienti etc.).

Di seguito saranno illustrati e descritti in dettaglio i dati relativi all'anno 2010, mentre sarà richiamato, in forma aggregata, il confronto con le serie di dati registrati dall'anno 2002. Per un confronto analitico dell'andamento dell'indicatore a livello regionale dall'anno 2002, si rimanda al testo ed alle tabelle pubblicate nel Capitolo "Assistenza Ospedaliera" dell'edizione 2011 del Rapporto Osservasalute (2).

i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2001.

Peraltro, 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 da tempo attivato percorsi ambulatoriali extradegenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità ed alta incidenza (ad esempio, decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino etc.).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. L'allegato 2

del Patto per la Salute 2010-2012 prevede per l'indicatore "Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri", uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il confronto dei tassi regionali con il valore nazionale consenta 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 dal valore nazionale, sia in senso positivo che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno ed, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo all'appropriatezza dell'offerta ed al governo della domanda.

Descrizione dei risultati

Nel 2010, si è registrato un TD complessivo per i DRG considerati (escluso le ospedalizzazioni per lungodegenza e riabilitazione) di 163,9 per 1.000 abitanti.

Il TD per DRG medici è di 95,1 (per 1.000), di cui il 68,8 (per 1.000) in Ricovero Ordinario (RO) ed il 26,3 (per 1.000) in regime di DH. Per i ricoveri chirurgici si registra un TD complessivo del 68,8 (per 1.000), di cui il 46,5 (per 1.000) in regime di RO ed il 22,3 (per 1.000) in regime di DH (Tabella 1). Calcolando le percentuali, a partire dai TD, vediamo che i ricoveri in DH e Day Surgery (DS) rappresentano, rispettivamente, il 27,6% dei dimessi con DRG medico ed il 32,4% dei dimessi con un DRG chirurgico.

I Grafici 1 e 2 mostrano i trend temporali aggregati dal 2002 al 2010 dei TD per DRG medici e chirurgici. Durante gli anni interessati, il TD per DRG medici ha fatto registrare una progressiva e rapida diminuzione, con una riduzione marcata e costante per la quota dei dimessi in regime di RO ed una sostanziale stabilità, seguita da una lieve riduzione, dei ricoveri diurni.

Per i DRG chirurgici, la riduzione del TD è meno marcata, ma comunque presente. A tale fenomeno ha contribuito anche il progressivo trasferimento delle attività chirurgiche minori verso il regime diurno ed ambulatoriale. Infatti, si è assistito, tra il 2002 ed il 2005, ad una diminuzione dell'utilizzo del RO ed a un aumento del tasso di dimissione in regime di DS. Dal 2006, il tasso è in diminuzione anche per il ricovero in DS, segno di un trasferimento, sempre maggiore, di prestazioni chirurgiche a livello ambulatoriale.

Nello stesso periodo, il tasso per i DRG chirurgici è cresciuto, in particolare dal 2002 al 2004, e successivamente è diminuito in modo costante, in massima parte per una evidente contrazione dei ricoveri diurni.

Nell'ultimo anno si conferma il trend in diminuzione dei TD per DRG medici e chirurgici complessivi, in regime ordinario e DH.

TD DRG medici

I TD complessivi per DRG medici mostrano, anche per il 2010, un'elevata variabilità regionale. Dal valore nazionale di 95,1 per 1.000 abitanti, la differenza tra i valori estremi registrati risulta di 54,9 ricoveri (per 1.000) (Tabella 1 e Grafico 3) con il valore più basso registrato in Veneto (70,3 per 1.000) ed il più elevato in Puglia (125,2 per 1.000).

Il TD in regime ordinario (dato nazionale di 68,8 per 1.000) va dal 52,5 (per 1.000) del Piemonte al 91,3 (per 1.000) della Puglia, mentre il tasso in regime di DH (dato nazionale di 26,3 per 1.000) oscilla tra il 10,6 (per 1.000) del Veneto ed il 45,8 (per 1.000) della Liguria. La variabilità regionale, elevata per entrambe le modalità di ricovero, risulta leggermente più marcata per i ricoveri ordinari.

L'analisi dei risultati dimostra la presenza di un evidente gradiente geografico dei TD standardizzati, sia per il RO che per il DH, con valori molto più elevati nel Mezzogiorno e, con qualche eccezione, minori nel Centro-Nord.

In particolare, la PA di Bolzano, la Liguria, il Lazio e tutte le regioni del Meridione presentano un tasso di ospedalizzazione complessivo sensibilmente superiore a quello nazionale.

Quasi tutte le regioni che presentano un TD complessivo al di sopra del dato nazionale hanno un eccesso di ricoveri sia in RO che diurno. Sono un'eccezione la Liguria, il Lazio e la Basilicata che presentano un TD standardizzato superiore alla media solo in regime diurno e la PA di Bolzano, l'Abruzzo e la Sardegna che presentano, al contrario, un TD standardizzato elevato solo in regime ordinario ed un utilizzo del DH inferiore o in linea a quello nazionale.

TD DRG chirurgici

La variabilità dei TD regionali per i DRG chirurgici è meno elevata rispetto ai TD dei DRG medici. Il dato nazionale del 68,8 per 1.000 abitanti è compreso tra il 53,9 (per 1.000) della Calabria e l'82,2 (per 1.000) della Valle d'Aosta. La differenza tra i due valori estremi è di 28,3 ricoveri (per 1.000).

I risultati mostrano come per i TD complessivi per DRG chirurgici non sia presente un chiaro gradiente geografico.

Nel dettaglio si rileva che 9 regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Abruzzo, Molise, Campania e Puglia) e le PA di Bolzano e Trento, presentano un TD standardizzato superiore a quello nazionale, 3 regioni (Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Umbria) un valore in linea con il dato nazionale ed altre 7 regioni (Lombardia, Toscana, Lazio, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) un dato inferiore.

Per quanto riguarda il TD in regime ordinario (dato nazionale del 46,5 per 1.000), il valore minimo si registra nella PA di Trento (37,9 per 1.000), mentre il valore massimo in Valle d'Aosta (56,1 per 1.000).

Per i ricoveri in DH (dato nazionale del 22,3 per 1.000), abbiamo una variabilità regionale più marcata che va dal 14,0 (per 1.000) della Lombardia al 41,4 (per 1.000) della PA di Trento. Le uniche regioni che presentano, in regime di DS, tassi al di sotto del valore nazionale sono, oltre la Lombardia, l'Emilia-Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, il Lazio e la Calabria (Tabella 1 e Grafico 4).

La Tabella 1 ed il Grafico 5 mostrano la percentuale di dimessi con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri, in regime di RO e DH. Tale indicatore è previsto nel *set* di indicatori di appropriatezza introdotti dal Patto per la Salute 2010-2012. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della quota di dimessi con DRG chirurgico rispetto al totale dei dimessi. Il dato percentuale, registrato nel 2010, mostra una leggera inversione di tendenza rispetto a tale trend (si è passati dal 41,7% del

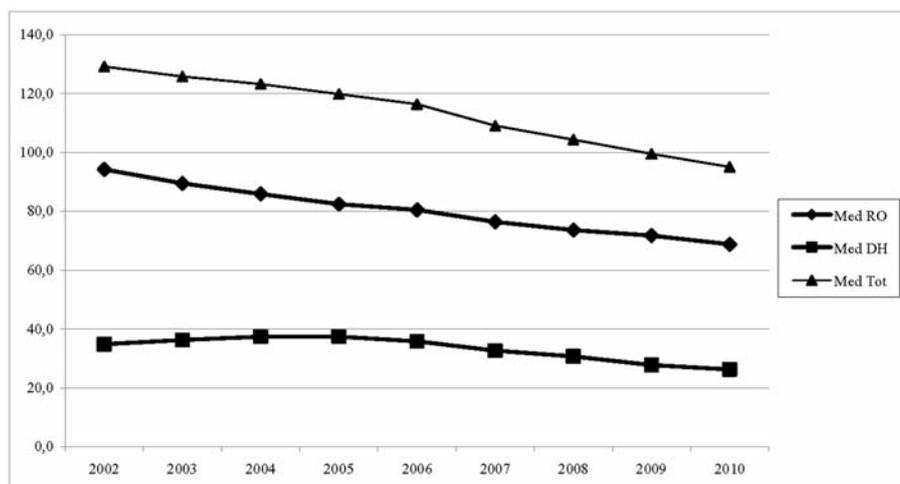
2009 al 41,6% del 2010), anche se il fenomeno è senza dubbio da ricondurre al trasferimento al regime ambulatoriale di alcune procedure chirurgiche di bassa complessità.

La percentuale dei dimessi con un DRG chirurgico è del 39,8% per i pazienti ricoverati in regime di RO e del 46,0% per quelli trattati in DH.

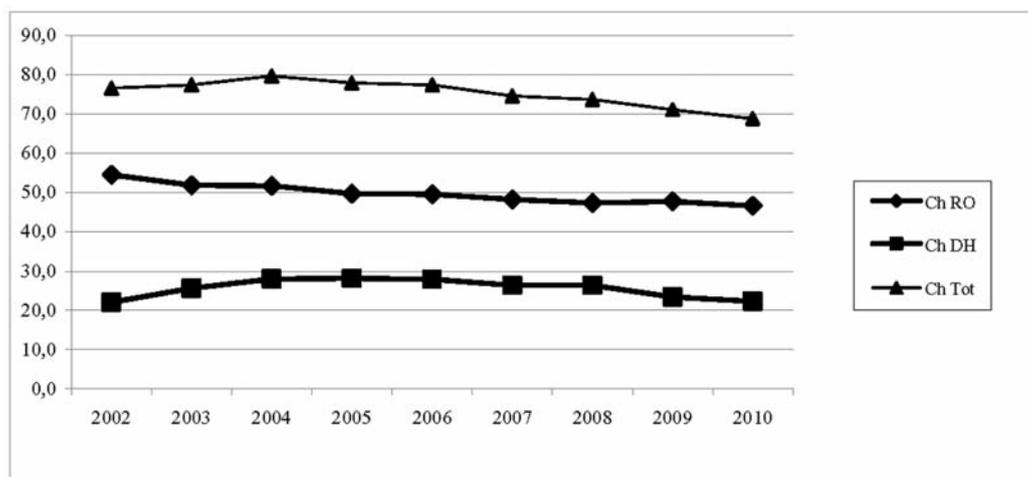
L'indicatore presenta anche un'elevata variabilità regionale con valori compresi tra il 31,3% della Calabria ed il 51,6% della PA di Trento. La variabilità regionale è molto più elevata per i ricoveri in DH, valori compresi tra il 30,3% della Calabria ed il 75,6% della PA di Trento, mentre è più contenuta per la modalità in RO, con valori compresi tra il 31,7% della Calabria ed il 48,9% del Piemonte.

Per questo indicatore è presente un forte gradiente geografico, con tutte le regioni del Centro-Nord, escluso Liguria, Umbria e Lazio, che presentano valori al di sopra del dato nazionale e tutte le regioni del Sud e le Isole, ad eccezione dell'Abruzzo, che presentano valori inferiori.

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici e regime di ricovero - Anni 2002-2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 2 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG chirurgici e regime di ricovero - Anni 2002-2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

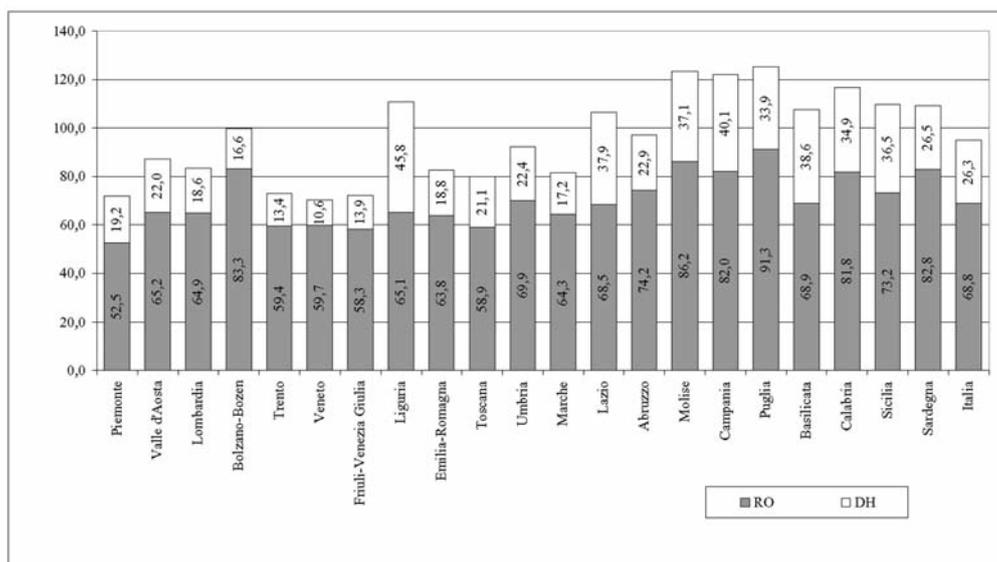
Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici e percentuale di DRG chirurgici per regime di ricovero e regione - Anno 2010

Regioni	DRG Medici			DRG Chirurgici			% DRG Chirurgici		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	52,5	19,2	71,8	51,3	23,0	74,4	48,9	54,7	50,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	65,2	22,0	87,2	56,1	26,1	82,2	45,7	54,5	48,2
Lombardia	64,9	18,6	83,4	50,6	14,0	64,6	43,5	42,7	43,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>83,3</i>	<i>16,6</i>	<i>99,8</i>	<i>43,3</i>	<i>30,3</i>	<i>73,6</i>	<i>33,9</i>	<i>64,2</i>	<i>42,1</i>
<i>Trento</i>	<i>59,4</i>	<i>13,4</i>	<i>72,8</i>	<i>37,9</i>	<i>41,4</i>	<i>79,3</i>	<i>38,3</i>	<i>75,6</i>	<i>51,6</i>
Veneto	59,7	10,6	70,3	40,3	28,3	68,6	39,8	72,6	48,8
Friuli Venezia Giulia	58,3	13,9	72,2	45,0	23,5	68,6	42,3	63,1	47,5
Liguria	65,1	45,8	110,9	41,5	33,1	74,7	37,9	41,9	39,5
Emilia-Romagna	63,8	18,8	82,6	48,1	21,9	70,0	41,6	53,7	44,7
Toscana	58,9	21,1	80,0	46,3	17,6	63,8	42,8	46,0	43,6
Umbria	69,9	22,4	92,3	50,4	18,1	68,5	40,7	45,5	41,9
Marche	64,3	17,2	81,5	51,0	20,8	71,8	42,9	55,6	46,0
Lazio	68,5	37,9	106,4	45,9	20,7	66,6	39,8	35,4	38,3
Abruzzo	74,2	22,9	97,1	45,8	27,4	73,2	37,4	55,3	42,6
Molise	86,2	37,1	123,3	46,2	24,8	71,0	33,9	41,2	36,2
Campania	82,0	40,1	122,1	46,7	28,3	75,0	36,2	40,7	37,8
Puglia	91,3	33,9	125,2	54,4	26,1	80,5	36,9	43,5	38,8
Basilicata	68,9	38,6	107,5	40,8	25,8	66,6	36,4	40,3	37,8
Calabria	81,8	34,9	116,7	38,7	15,2	53,9	31,7	30,3	31,3
Sicilia	73,2	36,5	109,7	39,5	23,8	63,3	34,5	39,3	36,2
Sardegna	82,8	26,5	109,3	40,3	24,0	64,3	32,8	48,0	37,2
Italia	68,8	26,3	95,1	46,5	22,3	68,8	39,8	46,0	41,6

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

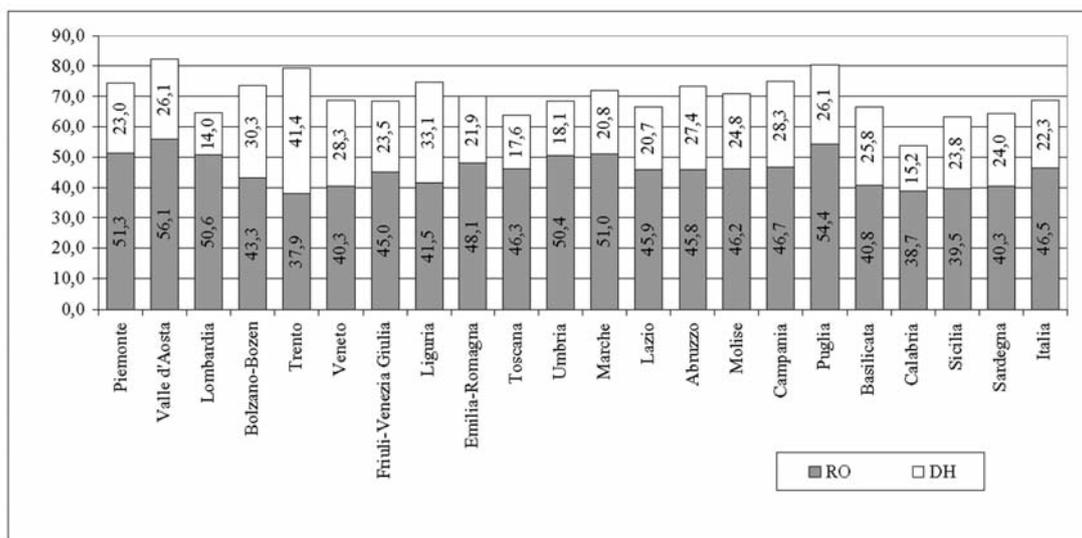
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 3 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici, regime di ricovero e regione - Anno 2010

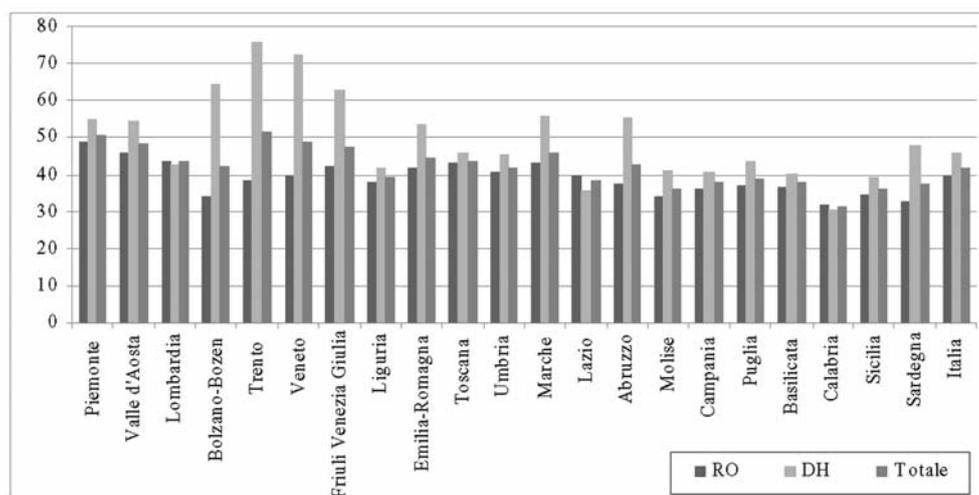


Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 4 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG chirurgici, regime di ricovero e regione - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 5 - Percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi per regime di ricovero e regione - Anno 2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati a disposizione permettono di valutare il trend dell'ospedalizzazione, scomposta per DRG medici e chirurgici, dal 2002 al 2010. Negli anni in esame, i dati hanno evidenziato una costante riduzione dell'ospedalizzazione per entrambi le tipologie di DRG e per entrambi i regimi di ricovero. Tale riduzione consente di valutare l'efficacia delle politiche messe in campo dalle regioni nel periodo considerato per contrastare il fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri. Ad una iniziale contrazione della quota di DRG medici in RO ha fatto seguito, negli ultimi anni, sulla spinta delle indicazioni di carattere normativo e della generale tendenza al potenziamento della rete diagnostica ambulatoriale, un più diffuso utilizzo del Day Service e della chirurgia ambulatoriale ed una generale e sensibile contrazione dei TD per tutte le tipologie e le modalità di ricovero considerate, in tutte le regioni.

Nonostante tale diffusa riduzione dei ricoveri, è ancora presente una elevata variabilità regionale, specialmente per i DRG medici. Per allineare il valore nazionale del TD dei ricoveri medici a quello delle regioni che presentano le migliori *performance*, occorre continuare ad introdurre misure correttive adeguate per razionalizzare la rete ospedaliera, finalizzando le azioni verso un uso appropriato dell'ospedale per le patologie acute, ad una più efficace integrazione ospedale-territorio ed allo sviluppo dei servizi assistenziali distrettuali.

Anche il TD per DRG chirurgici presenta, a livello regionale, valori non omogenei. È, quindi, necessario

adottare, soprattutto dove il TD per DRG chirurgici presenta ancora scostamenti significativi, interventi normativi e Linee Guida per definire i *setting* assistenziali più appropriati con l'obiettivo di trasferire, verso il regime di DS, un'ulteriore quota di attività ancora effettuata in RO. Inoltre, è fondamentale continuare ad incrementare il numero di prestazioni erogate a livello ambulatoriale ed, a tal fine, stabilire modalità tecniche ed organizzative per gestire in sicurezza gli interventi chirurgici a basso rischio e bassa complessità in regime ambulatoriale extradegenza.

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 patologie), organizzative (trasferimento degli interventi meno complessi in regime extradegenza), oppure ad un sotto/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 d'indagine con studi *ad hoc* in grado di fornire ulteriori elementi di conoscenza al riguardo.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

Degenza Media PreOperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore Degenza Media PreOperatoria (DMPO) è compresa nel *set* di indicatori di appropriatezza presi come riferimento dal Patto per la Salute 2010-2012 (1).

Il periodo di tempo trascorso in ospedale prima di eseguire un intervento chirurgico in regime di Ricovero Ordinario (RO) è utilizzato il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso. 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 (DH). 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

organizzativi come, ad esempio, percorsi diagnostici preferenziali e sale operatorie e/o sedute chirurgiche 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, anche in urgenza, 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 non è influenzato da fattori confondenti quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano casistiche regionali che, verosimilmente, comprendono tutti i DRG chirurgici, deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* trattato dalle realtà considerate. Pertanto, per rendere quanto più possibile significativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO, degli anni 2006 e 2010, è stata standardizzata per il *case mix* trattato in ciascuna struttura 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. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il valore nazionale possa essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse *performance*, mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura rappresentativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenzia-

le 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 dal 2006 al 2010, per regione di ricovero. In generale, la ricerca di efficienza legata al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, ha determinato una forte riduzione della DMPO già negli anni antecedenti a quelli considerati in questo contesto. 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 dall'estrema e costante variabilità dell'indicatore nel confronto tra le diverse regioni.

Tra il 2006 ed il 2010, la DMPO standardizzata a livello nazionale ha subito una lieve riduzione (da 2,00 a 1,88 giorni), mentre nell'ultimo anno il dato è rimasto invariato.

Si è assistito, invece, ad una più marcata contrazione del *range* dei valori di DMPO rilevati (Tabella 1 e Grafico 1). Infatti, tra il 2006 ed il 2010, il *range* della DMPO standardizzata si è ridotto da 1,66 giorni (1,22 della Valle d'Aosta vs 2,88 giorni del Lazio) a 1,20 giorni (1,27 dell'Emilia-Romagna vs 2,47 giorni del Lazio).

L'analisi dei dati regionali mostra che tutte le regioni presentano valori in lieve diminuzione, ad eccezione

di Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e PA di Bolzano che mostrano un lieve incremento o un valore identico a quello del 2006. Tale incremento è, comunque, di lieve entità e riguarda esclusivamente regioni che già presentavano valori molto più bassi del valore nazionale. Le regioni in cui si registrano le riduzioni maggiori della DMPO, tra il 2006 ed il 2010, sono il Piemonte, la Toscana, il Lazio e l'Emilia-Romagna.

Nel 2010, si registra un valore al di sotto del dato nazionale nella maggior parte delle regioni del Nord e del Centro, mentre il valore è al di sopra di quello nazionale nel Lazio, Liguria ed in tutte le regioni del Mezzogiorno, ad eccezione dell'Abruzzo che ha un dato in linea con il valore nazionale (Tabella 1 e Grafico 1).

Tra il 2009 ed il 2010, la riduzione maggiore della DMPO si è registrata in Emilia-Romagna dove si è passati da 1,63 ad 1,27 giorni (Tabella 1).

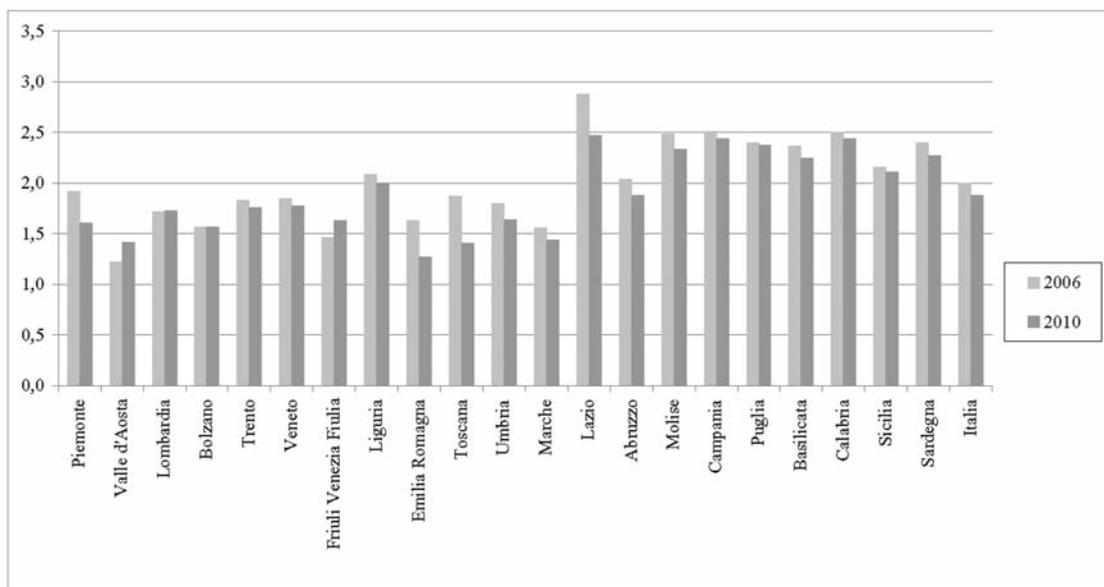
Il Grafico 2 mostra la DMPO standardizzata per *case mix* scomposta per genere. La DMPO risulta essere maggiore per gli uomini rispetto alle donne, sia a livello nazionale che regionale. Anche la variabilità regionale è sensibilmente più elevata per gli uomini. Infatti, il *range* registrato tra gli uomini è di 1,42 giorni (1,42 dell'Emilia-Romagna vs 2,84 giorni del Lazio), mentre per le donne è di 1,07 giorni (1,16 giorni dell'Emilia-Romagna vs 2,23 giorni della Calabria). Dalla lettura dei dati si evidenzia che le regioni che presentano una DMPO più elevata hanno, tendenzialmente, un *gap* uomini-donne più marcato.

Tabella 1 - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite e per regione - Anni 2006-2010

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	1,92	1,88	1,89	1,66	1,61
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,22	1,16	1,38	1,61	1,42
Lombardia	1,72	1,75	1,76	1,73	1,73
Bolzano-Bozen	1,57	1,59	1,61	1,61	1,57
Trento	1,83	1,90	1,98	1,81	1,76
Veneto	1,85	1,81	1,84	1,79	1,78
Friuli Venezia Giulia	1,46	1,56	1,57	1,78	1,63
Liguria	2,09	2,09	2,13	1,98	1,99
Emilia-Romagna	1,63	1,63	1,67	1,63	1,27
Toscana	1,87	1,79	1,71	1,45	1,41
Umbria	1,80	1,86	1,88	1,71	1,64
Marche	1,56	1,52	1,51	1,44	1,44
Lazio	2,88	2,82	2,65	2,48	2,47
Abruzzo	2,04	1,90	1,95	1,93	1,88
Molise	2,49	2,58	2,56	2,47	2,34
Campania	2,51	2,57	2,53	2,44	2,44
Puglia	2,40	2,38	2,31	2,34	2,37
Basilicata	2,37	2,34	2,38	2,24	2,25
Calabria	2,50	2,65	2,56	2,39	2,44
Sicilia	2,16	2,18	2,13	2,11	2,11
Sardegna	2,40	2,32	2,25	2,23	2,27
Italia	2,00	1,99	1,97	1,88	1,88

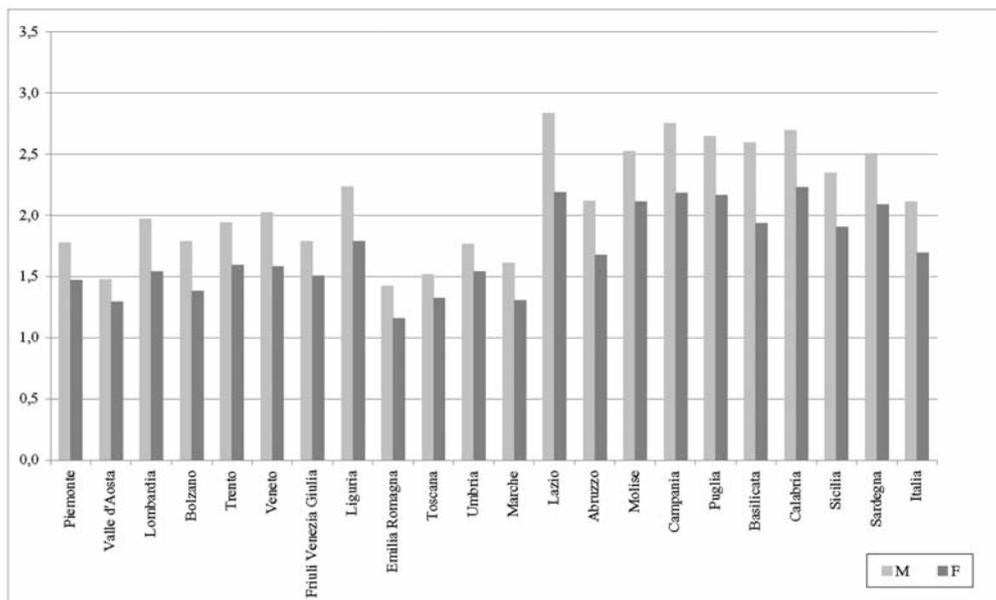
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 1 - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite e per regione - Anni 2006, 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 2 - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite, per genere e regione - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati presentati riguardano la DMPO sia dei ricoveri chirurgici programmati che di quelli urgenti. Il quadro complessivo conferma l'efficacia delle misure adottate in alcune regioni, in particolare quelle del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri e, nel contempo, per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione del-

l'appropriatezza d'uso dell'ospedale. Sono allo stesso tempo evidenti i primi sensibili miglioramenti in alcune delle regioni che presentavano le situazioni più critiche, segno dei positivi effetti delle misure adottate in tal senso.

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. I dati presentati dimostrano che è possibile migliorare sensibilmente la gestione preoperatoria del paziente, con l'obiettivo di aumentare l'efficienza complessiva del percorso chirurgico. Un'attenzione in tal senso, oltre che assicurare un'efficiente gestione, andrebbe a vantaggio anche del gradimento, dell'efficacia, della sicurezza e degli esiti degli interventi stessi. A tale proposito, diversi studi hanno dimostrato un'evidente correlazione tra un'elevata DMPO e l'incidenza d'infezioni ospedaliere. 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 della DMPO per i più frequenti DRG chirurgici. Resta da indagare il motivo della marcata differenza della DMPO tra il genere femminile ed il genere maschile ed, in particolare, se queste differenze persistono per la stessa tipologia d'intervento.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012, Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Significato. L'indicatore fornisce indicazioni sulla tempestività della risoluzione chirurgica delle fratture di collo di femore nella popolazione *over* 65 anni. La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana ed è spesso causa di peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrispondono un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento ed una minore efficacia della fase riabilitativa. Molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale (1-2). Uno studio condotto in Italia e pubblicato nel 2010 mette in evidenza come la mortalità a 30 giorni, per i pazienti con età >65 anni operati per frattura di femore, sia due volte superiore nei pazienti operati dopo la seconda giornata di degenza rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni, dopo aver tenuto conto dell'età, del genere e delle condizioni cliniche del paziente (3). Il tempo di attesa per intervento per frattura di femo-

re è considerato uno dei principali indicatori *proxy* della qualità della gestione clinica e della presa in carico del paziente stesso. Unità Operative o strutture ospedaliere che presentano tempi di attesa ridotti per interventi per frattura del collo del femore hanno, probabilmente, messo in campo dei modelli di gestione efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle fasi successive all'intervento (ad esempio riabilitativa), con possibili ricadute positive complessive sugli esiti clinici.

La percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con età >65 anni viene monitorata, a livello internazionale, dall'*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD). Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Danimarca e la Svezia, nel 2009, il valore dell'indicatore è superiore al 90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna continua ad essere inferiore al 40% (4). A livello nazionale l'indicatore, senza la variabile relativa all'età, è tra quelli inseriti nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 (5).

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Numeratore	Dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore che abbiano subito l'intervento entro 2 giorni (48 ore) dal ricovero	
		x 100
Denominatore	Dimessi totali con diagnosi principale di frattura del collo del femore	

Validità e limiti. Viste le numerose evidenze scientifiche, il tempo d'intervento rappresenta un valido indicatore della qualità delle cure prestate ai pazienti di età >65 anni con frattura del collo del femore. È scontato che nella pratica clinica corrente una quota variabile di pazienti non potrà essere operata entro le 48 ore perché, in presenza di comorbidità e/o complicanze cliniche, potrebbe richiedere più tempo per la stabilizzazione e, quindi, ritardare l'intervento chirurgico oltre i tempi auspicati.

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri per acuti in regime di Ricovero Ordinario (RO), in istituti pubblici e privati accreditati, con diagnosi principale di frattura del collo del femore (ICD-9-CM: 820.xx), con modalità di dimissione diversa da decesso, trasferimento ad altro istituto per acuti, dimissione volontaria, con età ≥65 anni, con DRG chirurgico.

A differenza dell'indicatore dell'OECD, nella nostra rilevazione il numeratore dell'indicatore è rappresentato dagli interventi eseguiti entro 2 giorni e non entro 48 ore perché le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) da cui sono stati ricavati i dati non rilevano l'informazione legata alle ore, bensì alle giornate di attesa per l'intervento.

Valore di riferimento/Benchmark. La letteratura non fornisce valori di riferimento univoci anche se esiste univoco accordo che la quasi totalità dei pazienti dovrebbe effettuare l'intervento il prima possibile. La *Scottish Hip Fracture Audit* suggerisce come ragionevole obiettivo di operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93,0% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (6). L'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza (5). In questa sede, vista la situazione italiana decisamente lontana dagli obiettivi indicati dalla letteratura scientifica, proponiamo come valore di riferimento la media dei valori delle 3 regioni che presentano le migliori *performance* (almeno 70%).

Descrizione dei risultati

Il fenomeno viene registrato attraverso l'andamento regionale dell'indicatore nel periodo 2001-2010. In Italia (Tabella 1 e Grafico 1 e 2), la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti

entro 2 giorni, per pazienti con età >65 anni, nel 2010 è uguale al 35,1%, contro un valore di 31,2% nel 2001.

Il valore nazionale ha registrato un lieve incremento dal 2001 al 2005, una lieve riduzione nel biennio 2006-2007 ed è tornata a crescere negli ultimi 3 anni (Tabella 1 e Grafico 1).

Nel periodo considerato solo poche regioni hanno modificato sensibilmente la loro *performance*. Il valore dell'indicatore presenta una marcata variabilità regionale che va dall'86,6% della PA di Bolzano al 16,1% della Sicilia. Le regioni che presentano valori al di sotto del dato nazionale sono il Piemonte, la PA di Trento, il Lazio e tutte le regioni meridionali. Oltre alla PA di Bolzano, altre 4 regioni hanno valori superiori al 50% (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Marche e Toscana). Hanno valori al di sopra del dato nazionale anche la Lombardia, il Veneto, la Liguria,

l'Emilia-Romagna e l'Umbria.

Nell'ultimo anno si è registrato un aumento consistente della percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni in Valle d'Aosta, PA di Trento e Lazio, mentre una sensibile riduzione in Abruzzo.

La percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un sensibile aumento, nel periodo 2001-2010 (Tabella 1 e Grafico 2), in Valle d'Aosta, Liguria, Toscana e Lazio, mentre in Emilia-Romagna e Marche l'aumento è stato meno marcato.

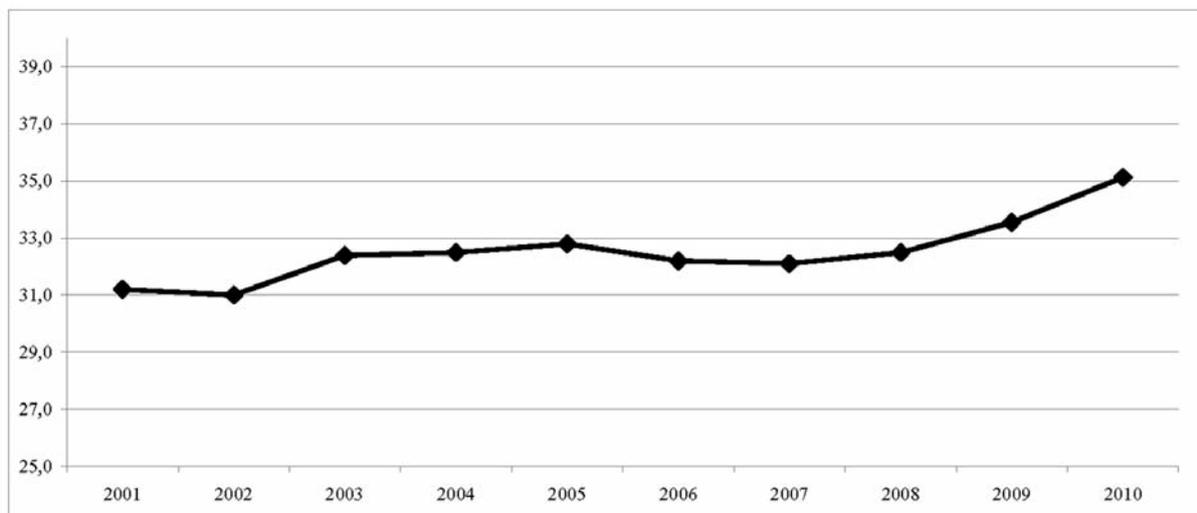
In alcune regioni (Puglia, Calabria, Campania, Abruzzo e Molise), che nel 2001 presentavano una percentuale già inferiore al valore nazionale, si è verificata nel periodo un'ulteriore sensibile riduzione.

Importanti riduzioni hanno interessato anche il Veneto e la PA di Trento che presentavano situazioni di partenza migliori o almeno superiori al dato nazionale.

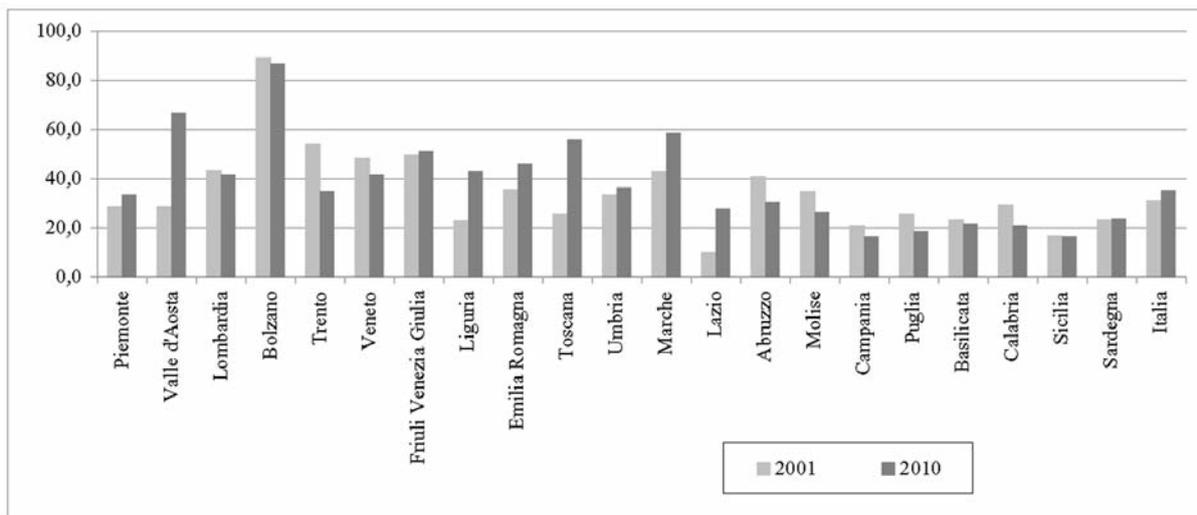
Tabella 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2001-2010

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	28,5	28,1	32,1	31,3	30,2	30,7	30,4	29,3	29,0	33,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	28,3	36,4	63,2	56,9	63,4	70,9	70,6	65,4	44,6	66,7
Lombardia	43,1	43,3	43,3	45,0	43,7	40,8	41,4	41,6	41,2	41,4
Bolzano-Bozen	89,2	88,2	86,2	82,5	82,4	79,6	81,7	81,7	82,8	86,6
Trento	53,9	56,7	50,8	41,4	34,4	27,6	27,4	26,9	24,0	34,6
Veneto	48,4	43,6	48,2	48,3	45,8	42,9	41,0	39,8	41,2	41,5
Friuli Venezia Giulia	49,4	51,3	56,6	59,7	66,6	62,7	62,4	53,8	49,7	51,1
Liguria	23,0	22,8	22,1	31,2	32,0	36,2	31,4	31,4	39,3	43,0
Emilia-Romagna	35,5	35,3	36,2	36,8	41,5	41,9	42,6	42,4	45,2	46,0
Toscana	25,3	29,5	34,1	34,2	33,1	32,7	37,4	46,4	53,0	56,0
Umbria	33,1	28,7	30,0	34,8	44,9	41,7	33,0	30,9	30,6	36,1
Marche	42,8	44,4	46,3	48,1	52,9	52,0	52,5	57,2	59,4	58,6
Lazio	9,9	10,4	13,4	12,7	11,0	11,8	14,7	16,9	19,3	27,5
Abruzzo	40,8	36,9	37,9	33,8	33,6	35,8	34,8	34,9	36,8	30,3
Molise	34,8	27,0	28,1	32,5	25,7	27,2	24,3	31,8	29,7	26,2
Campania	20,6	21,9	21,5	19,9	19,7	19,5	17,9	17,0	15,8	16,3
Puglia	25,4	27,5	25,0	22,1	22,0	21,1	17,7	17,1	16,5	18,4
Basilicata	23,1	20,1	15,5	19,7	17,7	16,6	18,1	16,9	21,0	21,4
Calabria	29,0	26,5	27,1	26,2	25,8	23,6	20,6	21,7	22,8	20,6
Sicilia	16,5	17,3	16,9	17,2	17,7	19,2	18,7	17,6	17,5	16,1
Sardegna	23,2	18,6	18,8	13,7	21,4	21,7	25,6	25,5	24,4	23,5
Italia	31,2	31,0	32,4	32,5	32,8	32,2	32,1	32,5	33,6	35,1

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore - Anni 2001-2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 2 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2001, 2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati mostrano che la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni per pazienti con età >65 anni, registra valori ancora piuttosto bassi e, purtroppo, in misura pressoché stabile nel tempo rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura.

Le possibili cause del ritardo dell'intervento per frattura del collo del femore possono essere sia cliniche che organizzative. Le cause cliniche sono legate alle condizioni del paziente, mentre quelle organizzative sono in relazione alla disponibilità di sale operatorie e di sedute da dedicare agli interventi urgenti durante

tutto l'arco della settimana, all'efficienza della fase di valutazione diagnostica ed alla conseguente tempestiva gestione delle comorbidità.

Le possibili soluzioni da mettere in campo al fine di ridurre i tempi di attesa per l'intervento riguardano, pertanto, sia l'ambito clinico che quello organizzativo. Si può prevedere, come è stato già sperimentato con successo in alcune realtà italiane, la definizione e l'adozione di un percorso per il paziente fratturato (percorso ortogeriatrico) che va dal primo soccorso alla riabilitazione e che prevede un approccio integrato e coordinato tra più specialisti e professionisti (anestesista, internista, chirurgo, fisiatra, infermiere e fisioterapista).

Riferimenti bibliografici

- (1) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines Group, June 2003.
- (2) Management of hip fracture in older people. A National clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (3) Carretta E, Bochicchio V, Rucci P, Fabbri G, Laus M, Fantini MP. Hip fracture: effectiveness of early surgery to prevent 30-day mortality. *Int Orthop.*, 2010.
- (4) Health Care Quality Indicators, OECD. Disponibile sul sito:
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_S TAT.
- (5) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Patto per la Salute 2010-2012, Provvedimento del 3 Dicembre 2009. *Gazzetta Ufficiale* n. 3 del 5 gennaio 2010.
- (6) National Services Scotland (NHS). Clinical decision making. Is the patient fit for theatre? A report from the Scottish Hip Fracture Audit. NHS National Services Scotland/Crown Copyright 2008. Disponibile sul sito: www.shfa.scot.nhs.uk.

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inapproprietezza

Significato. L'indicatore descrive l'entità di utilizzo del Day Hospital (DH) nella popolazione residente rispetto al Ricovero Ordinario (RO) per i DRG medici definiti "ad alto rischio di inapproprietezza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'elenco aggiornato di tali DRG è contenuto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012 (1), approvato il 3 dicembre 2009, ed è il risultato di un ampliamento della lista dei 43 DRG medici e chirurgici indicati nell'allegato B del DPCM 29 novembre 2001. Il Patto per la Salute presenta anche una lista di 24 prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza se erogate in regime di Day Surgery e, quindi, da trasferire in regime ambulatoriale.

Il fenomeno esaminato consente di monitorare genericamente la capacità delle regioni di recepire le indicazioni poste dalla programmazione del livello nazionale in ordine al trasferimento in DH, ovvero in regime ambulatoriale, dei DRG medici in esame, ma anche, ed in modo più specifico, il raggiungimento dei valori soglia delle percentuali di DH eventualmente fissa-

ti in autonomia dalle singole regioni rispetto a tale obiettivo.

È importante sottolineare che la percentuale di ricoveri in DH, se analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza e non consente di valutare compiutamente il fenomeno dei ricoveri medici impropri poiché influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di dimissioni ospedaliere ed i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service (DS). In assenza di dati attendibili ed uniformi sul territorio nazionale riguardo i volumi di 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 inapproprietezza

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere in Day Hospital}^*}{\text{Denominatore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario ed in Day Hospital}^*} \times 100$$

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

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

*Per i DRG medici considerati.

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

Validità e limiti. L'indicatore presentato in questa sezione è confrontabile solo con quello presentato nel Rapporto Osservasalute 2011. Negli anni precedenti questo indicatore è stato trattato utilizzando la lista dei 26 DRG medici "potenzialmente inappropriati" contenuti nel DPCM del 2001. Il 2010 è il primo anno in cui è stato possibile analizzare gli effetti del Patto per la Salute 2010-2012 (emanato sul finire del 2009), mentre i dati presentati precedentemente rappresentano una fotografia della situazione esistente prima del recepimento delle nuove indicazioni. Occorre anche considerare che 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 per 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 inapproprietezza calcolati sui dimessi per regione di residenza relativamente al 2010. Una verifica effettuata negli anni precedenti sui dati complessivi ha permesso, infatti, di rilevare che le differenze esistenti tra le due modalità di analisi non sono sostanziali. Nell'interpretazione dei risultati occorre, tuttavia, 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.

Come già anticipato, oltre ad illustrare la percentuale

di utilizzo del DH del 2010 per i DRG medici “potenzialmente inappropriati”, sarà illustrato anche il confronto tra la percentuale di utilizzo del DH ed il tasso di ospedalizzazione complessivo rilevato nelle singole regioni per i DRG medici in esame. La percentuale di ricovero in DH consente di valutare il grado di appropriatezza del *setting* assistenziale, mentre il confronto con i rispettivi TSD ed in grado di rendere evidente un eventuale eccesso di ospedalizzazione in presenza del quale anche una elevata percentuale di utilizzo del DH perderebbe significato riguardo l’obiettivo di fondo, posto dalle indicazioni normative, di contrastare il fenomeno dell’ospedalizzazione non appropriata, soprattutto attraverso il potenziamento delle attività ambulatoriali e/o di DS.

Valore di riferimento/Benchmark. L’allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede per questo indicatore uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In coerenza con la normativa di riferimento, ma tenendo conto delle osservazioni di cui si è fatto cenno nel precedente paragrafo, riteniamo che un’elevata percentuale di DH debba rappresentare l’obiettivo a cui tendere, ma solo in presenza di un basso TSD per il complesso dei DRG medici 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 nazionali.

Descrizione dei risultati

La percentuale di ricoveri in DH per i DRG medici a rischio di inappropriatazza, per l’anno 2010, è del 48,1% a livello nazionale. Si registra, quindi, un valore in lieve aumento rispetto al 2009 (47,2%). La percentuale presenta una forte variabilità a livello regionale, con valori estremi compresi tra il 65,0% della Liguria ed il 32,1% della PA di Bolzano (Tabella 1 e Grafico 1).

A differenza di altri indicatori di appropriatezza dell’assistenza ospedaliera, le differenze rilevate per questo singolo indicatore non presentano un evidente trend geografico tra Nord e Sud. Infatti, sebbene ci si dovrebbe aspettare che le regioni più attente nel perseguire l’obiettivo dell’appropriatezza dei ricoveri, tradizionalmente quelle del Centro-Nord, presentano elevati valori di utilizzo del DH, l’aumentato utilizzo del settore ambulatoriale ed una estesa attivazione dei DS da parte di alcune di queste regioni determina quadri di utilizzo dei diversi *setting* molto differenziati.

Le regioni che presentano una percentuale superiore al dato nazionale sono complessivamente 8, di cui 3 settentrionali (Piemonte, Valle d’Aosta e Liguria), 2 del Centro (Toscana e Lazio) e 3 meridionali

(Campania, Basilicata e Sicilia).

L’esame del TSD per i DRG medici considerati consente di aggiungere ulteriori elementi di analisi e d’interpretare in maniera più compiuta il fenomeno. In particolare, è opportuno puntualizzare che, per un’ottimale gestione del fenomeno dei ricoveri inappropriati, il trasferimento in DH di una quota di RO a rischio di inappropriatazza dovrebbe essere attuato in un contesto in cui anche il TSD complessivo (in RO e DH) per questi DRG risulta non particolarmente elevato, ovvero inferiore alla media, in funzione del ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

A tale riguardo, l’analisi della Tabella 2 mostra che, a livello nazionale, il TSD del 2010 per i DRG medici a rischio di inappropriatazza risulta pari a 34,4 ricoveri per 1.000 abitanti (18,4 per 1.000 in RO e 16,0 in DH), con un *range* di valori molto ampio compreso tra il 19,5 (per 1.000) del Veneto ed il 57,6 (per 1.000) della Campania. In questo caso, la rilevante variabilità regionale è caratterizzata da un marcato gradiente geografico in quanto, ad eccezione del Lazio, della Liguria e della PA di Bolzano, le regioni del Centro e del Nord presentano TSD per i DRG in esame inferiori a quello nazionale, mentre tutte le regioni meridionali ed insulari mostrano una distribuzione di segno opposto, con le uniche eccezioni della Basilicata per le ospedalizzazioni in RO e della Puglia e dell’Abruzzo per il DH.

Un ulteriore contributo alla valutazione del fenomeno ed alla corretta comprensione della situazione esistente nelle diverse realtà regionali viene fornito dall’analisi congiunta e dal confronto dei due indicatori analizzati singolarmente in precedenza.

Considerando come valori di riferimento il valore mediano della percentuale di ricoveri effettuata in DH e dei TSD ospedalieri per i DRG medici a rischio di inappropriatazza, è possibile riportare su un grafico a quattro quadranti i valori degli indicatori rilevati nelle diverse realtà regionali. Il grafico fornisce quattro diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti ed i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (Grafico 2):

1. le regioni che associano un TSD superiore ed una percentuale di utilizzo del DH inferiore alla mediana. Queste regioni esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni normative. Un utilizzo improprio ed ampio del regime di RO dovrebbe, innanzitutto, essere contrastato con un migliore utilizzo del DH, 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 6 regioni (PA di Bolzano, Abruzzo, Molise, Puglia, Sardegna e Calabria);

2. le 5 regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TSD e percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana esprimono un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, soprattutto diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Lazio, Liguria, Campania, Basilicata 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. l'area caratterizzata da TSD inferiori 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 RO per il set dei DRG medici a rischio di inappropriatezza ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Toscana;

4. le regioni che presentano un TSD ed 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, 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 come, ad esempio, l'attivazione di DS e/o la definizione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali. 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 RO che del DH, facendo leva sul livello di offerta, su migliori *performance* e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali.

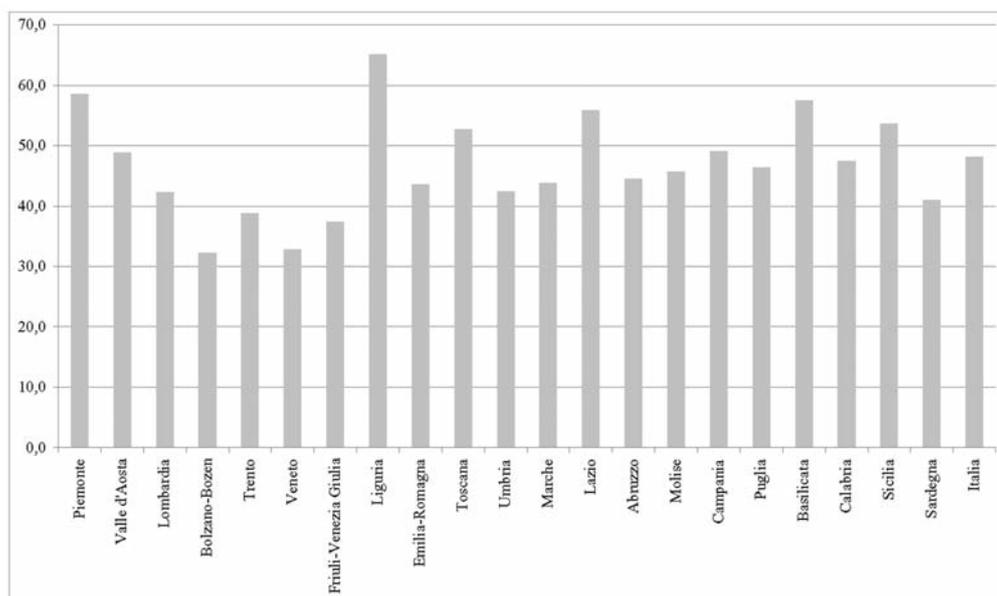
Purtroppo, le lacune informative ancora esistenti riguardo alla rilevazione delle attività ambulatoriali, costituiscono un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

In conclusione, il Grafico 2 mostra la presenza di un trend geografico, con buona parte delle regioni del Nord e del Centro collocate nei due quadranti inferiori, mentre tutte le regioni meridionali, insieme alla PA di Bolzano, la Liguria ed il Lazio, collocate nei due quadranti superiori.

Tabella 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anno 2010

Regioni	%
Piemonte	58,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	48,8
Lombardia	42,2
Bolzano-Bozen	32,1
Trento	38,8
Veneto	32,8
Friuli Venezia Giulia	37,4
Liguria	65,0
Emilia-Romagna	43,6
Toscana	52,7
Umbria	42,4
Marche	43,7
Lazio	55,9
Abruzzo	44,5
Molise	45,7
Campania	49,1
Puglia	46,4
Basilicata	57,4
Calabria	47,4
Sicilia	53,6
Sardegna	40,9
Italia	48,1

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriately per regione - Anno 2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

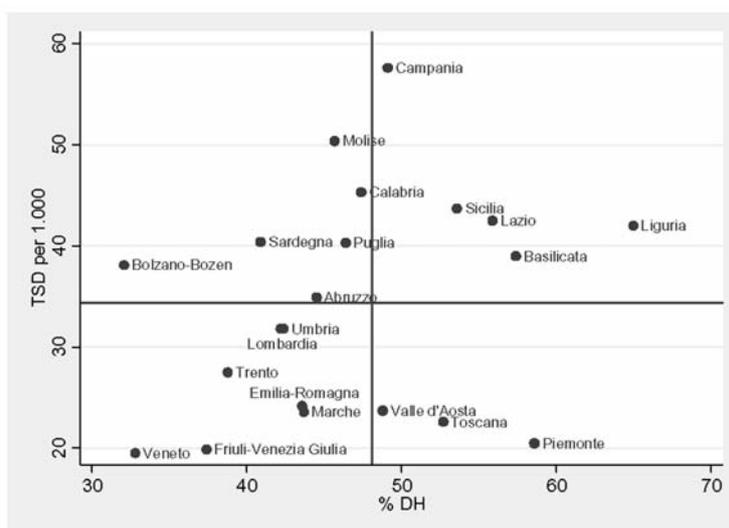
Tabella 2 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici a rischio di inappropriately per regime di ricovero e regione - Anno 2010

Regioni	RO	DH	Totale
Piemonte	9,0	11,5	20,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,3	11,4	23,7
Lombardia	18,0	13,8	31,8
Bolzano-Bozen	25,6	12,5	38,1
Trento	17,0	10,5	27,5
Veneto	13,3	6,2	19,5
Friuli Venezia Giulia	12,1	7,7	19,9
Liguria	14,7	27,3	42,0
Emilia-Romagna	13,9	10,3	24,2
Toscana	11,0	11,5	22,6
Umbria	17,7	14,0	31,8
Marche	13,4	10,1	23,6
Lazio	19,2	23,3	42,5
Abruzzo	21,1	13,8	34,9
Molise	27,1	23,3	50,4
Campania	30,2	27,4	57,6
Puglia	27,8	12,5	40,3
Basilicata	17,8	21,2	39,0
Calabria	25,4	19,9	45,3
Sicilia	19,6	24,1	43,7
Sardegna	23,7	16,6	40,4
Italia	18,4	16,0	34,4

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 2 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital e tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dopo l'emanazione del DPCM del 29 novembre 2001, tutte le regioni hanno messo in campo azioni per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero definendo obiettivi coerenti con le indicazioni normative del livello centrale ed, allo stesso tempo, compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Quasi tutte le regioni hanno definito i valori soglia di ammissibilità dei RO per i 26 DRG medici che l'allegato 2C considerava "ad alto rischio di inappropriatezza", in alcuni casi estendendo il campo dei DRG monitorati.

Le politiche attuate hanno permesso di conseguire un generale miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero, sebbene con notevoli differenze tra il Nord ed il Sud (Rapporto Osservasalute 2010). I nuovi obiettivi posti dal Patto per la Salute 2010-2012, che ha ampliato sensibilmente il set dei DRG "potenzialmente inappropriati" se erogati in regime di RO, impongono di promuovere ulteriori strategie d'intervento ed azioni in grado sia di estendere i risultati conseguiti al nuovo set di DRG individuati, sia di superare le inerzie registrate in alcune aree del Paese.

Gli interventi da attuare sono riconducibili ad alcune fondamentali categorie: gli abbattimenti tariffari dei DRG in elenco, l'adozione di cogenti sistemi di controllo esterno, la ridefinizione da parte delle singole regioni delle soglie di ammissibilità in RO e l'eventuale disincentivazione economica degli erogatori in caso di superamento delle stesse, il potenziamento dei servizi del livello distrettuale, la definizione e lo sviluppo di percorsi per trasferire attività e prestazioni specialistiche complesse tipiche dei DRG considerati in un contesto di extradegenza ospedaliera

(ambulatorio e DS). A tale riguardo, lo stesso dispositivo del Patto per la Salute stabilisce che "...nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le Province Autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari ed adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale...".

Occorre, peraltro, continuare a promuovere azioni mirate alla generale riduzione dei ricoveri ospedalieri agendo sia sul fronte della regolazione della domanda che sulla struttura dell'offerta. Le regioni che hanno agito in tal senso, e che oggi registrano TSD molto bassi, hanno aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici anche la scelta del setting clinico-assistenziale più appropriato in relazione alla complessità delle prestazioni da erogare.

Tali evidenze ed il quadro emerso dall'analisi della odierna situazione 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, ad esempio, 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 quantità e sulle tipologie di prestazioni specialistiche ambulatoriali 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 del 23 marzo 2005, che abbassa a 180 per 1.000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale, e che siano

applicate nel loro complesso tutte le linee di programmazione sull'appropriatezza dell'ospedalizzazione stabilite nel Patto per la Salute 2010-2012.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato B del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

Ospedalizzazione con DRG medici da reparti chirurgici

Significato. L'indicatore, già previsto come indicatore di appropriatezza dal DM 12 dicembre 2001 e ripreso dal Patto per la Salute 2010-2012 (1), misura la quota di pazienti ricoverati e dimessi da un reparto

chirurgico ospedaliero in cui si eseguono procedure diagnostiche e terapeutiche che non esitano in un intervento operatorio.

Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici

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

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 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 sia di corretto dimensionamento delle Unità Operative (UO) di degenza afferenti alle aree delle discipline mediche e chirurgiche, sia di adeguata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici, intra ed extraospedalieri.

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, le possibili evoluzioni delle condizioni cliniche di alcuni pazienti potrebbero rendere non più necessario un intervento chirurgico precedentemente previsto.

Pertanto, se l'indicatore è analizzato da solo, su singole UO chirurgiche e senza adeguata analisi del contesto clinico assistenziale, la valutazione e l'interpretazione dovrebbero richiedere opportune cautele.

Al contrario, l'indicatore è sufficientemente robusto quando si confrontano reparti della medesima disciplina inseriti in contesti ospedalieri omogenei per *mission* e dimensionamento. Nel nostro caso, 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 comunque tenere conto delle diverse variabili che possono condizionare il dato.

Tra queste si devono considerare particolari situazioni organizzative, come nel caso di ospedali di piccole dimensioni in cui le attività dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) 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 (PS), ovvero non sono stati definiti adeguati Percorsi Diagnostico Terapeutici per alcune patologie *borderline* tra competenze di tipo internistico e chirurgico (ad esempio colica renale,

dolore addominale etc). In questi casi, le UO 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. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il valore medio delle 3 regioni con migliore *performance* (quindi intorno al 25%) possa fornire una misura concreta dei risultati che è possibile conseguire agendo sulla programmazione della struttura dell'offerta e su modelli organizzativi delle attività ospedaliere più efficienti ed attenti all'appropriato utilizzo delle risorse.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 ed il Grafico 1 mostrano che la proporzione nazionale di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico nell'anno 2010 è del 33,3%. Dal 2006, il valore nazionale ha subito una lieve e costante riduzione (37,0% nel 2006). Dal confronto 2006 e 2010 (Tabella 1 e Grafico 1), emerge che 17 regioni su 21 hanno diminuito il valore dell'indicatore. Tra queste, in modo più consistente, la Toscana, l'Umbria, la Sicilia, il Piemonte, l'Abruzzo, la Campania e la Puglia, mentre Lombardia e PA di Trento hanno una percentuale identica a quella del 2006 e Valle d'Aosta e Calabria presentano un incremento.

Il dato del 2010, come peraltro quelli relativi agli anni precedenti, presenta una elevata variabilità regionale ed un evidente gradiente tra le regioni settentrionali e meridionali, con alcune eccezioni. Presentano valori al di sotto del dato nazionale tutte le regioni del Centro e del Nord, ad eccezione delle PA di Bolzano e Trento, della Valle d'Aosta e del Lazio. Tutte le regioni del Sud e le Isole presentano valori al di sopra di quello nazionale. Le regioni con le percentuali più basse sono

il Piemonte, che registra il valore minimo (24,7%), l'Emilia-Romagna (25,5%), le Marche (25,9%) e la Toscana (26,9%). Le regioni dove si registrano i valori più alti sono, oltre alla Calabria che segna il valore massimo (48,3%), la PA di Trento (43,4%), la PA di Bolzano (42,4%) ed il Molise (42,3%).

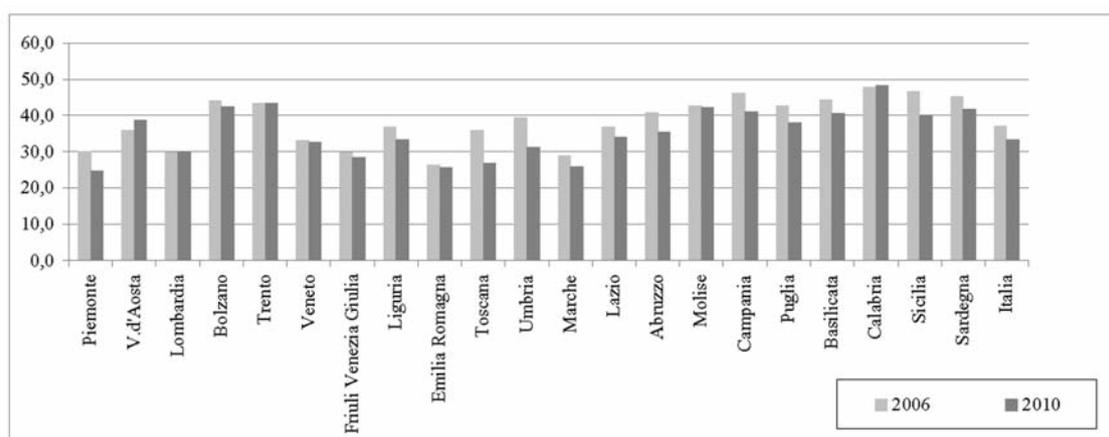
I dati del 2010 mostrano che Calabria, Sicilia e Campania, regioni che tuttora presentano un valore percentuale comunque elevato, hanno avuto, nell'ultimo anno, una consistente riduzione della percentuale di dimessi con DRG medici da reparti chirurgici (Tabella 1).

Tabella 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2006-2010

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	30,1	29,5	29,0	24,5	24,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,9	37,4	38,7	37,7	38,7
Lombardia	29,8	30,0	29,8	29,2	29,8
Bolzano-Bozen	44,1	45,0	43,7	42,3	42,4
Trento	43,4	41,2	41,9	41,5	43,4
Veneto	33,1	33,0	33,4	32,5	32,7
Friuli Venezia Giulia	29,7	29,3	29,2	28,3	28,4
Liguria	36,8	35,5	35,1	34,1	33,2
Emilia-Romagna	26,4	26,2	25,9	26,2	25,5
Toscana	35,8	35,4	34,2	28,2	26,9
Umbria	39,4	38,5	36,9	31,6	31,3
Marche	28,9	28,0	27,2	26,7	25,9
Lazio	36,8	37,4	36,5	35,1	34,0
Abruzzo	40,7	38,0	38,0	35,8	35,4
Molise	42,6	43,1	42,8	43,6	42,3
Campania	46,1	45,3	45,0	43,6	41,1
Puglia	42,7	40,9	39,9	38,9	38,0
Basilicata	44,3	42,8	43,1	40,6	40,5
Calabria	47,7	47,1	48,1	51,4	48,3
Sicilia	46,7	44,8	43,0	42,8	39,9
Sardegna	45,1	43,3	42,7	41,7	41,8
Italia	37,0	36,3	35,7	34,1	33,3

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2006, 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante una quota di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico sia da considerare fisiologica a causa dei possibili cambiamenti delle condizioni cliniche durante la degenza, l'estrema variabilità regionale dell'indicatore suggerisce che diversi interventi possono essere messi in atto per ridurre questo fenomeno, in particolare nelle regioni in cui il dato percentuale regi-

strato è più elevato, così come la sua marcata riduzione nella maggior parte delle realtà regionali conferma che tali interventi sono risultati, ove applicati, efficaci. Il ricovero di pazienti che richiedono un intervento chirurgico in reparti ospedalieri predisposti ed attrezzati per assicurare assistenza pre e post-operatoria, non solo può tradursi in una maggiore efficienza nella gestione dei casi perché consente un razionale ed omo-

geneo utilizzo delle risorse, ma, soprattutto, può determinare benefici di tipo clinico-assistenziali per il paziente, aumentando 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, all'individuazione di aree di degenza omogenee organizzate per intensità di cure, al potenziamento dei DEA, alla qualificazione del Triage clinico ed all'istituzione di Unità di Osservazione Breve nei PS. Inoltre, non devono essere trascurate le

azioni volte alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici che dovrebbero prevedere, sia per i ricoveri in urgenza che per quelli in elezione, l'ammissione in un reparto chirurgico solo dei pazienti con una precisa indicazione all'intervento.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

Nuove variabili delle Schede di Dimissione Ospedaliera

Dott.ssa Carla Ceccolini, Dott. Antonio Nuzzo, Ing. Pietro Granella, Prof.ssa Flavia Carle

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) è stata istituita con il DM del 28 dicembre 1991, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti pubblici e privati in tutto il territorio. Le informazioni previste nel flusso informativo delle SDO sono state arricchite di ulteriori elementi introdotti dal DM n. 380/2000 e, successivamente, previo parere positivo del Gruppo tecnico sull'aggiornamento dei sistemi di classificazione ICD-9-CM e della Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dal recente DM n. 135/2010 con il quale ne è stato ampliato il contenuto informativo introducendo quattro nuove variabili (art. n. 1 DM n. 135/2010):

- Classe di priorità del ricovero;
- Data di prenotazione;
- Livello di istruzione;
- Codice di causa esterna.

In particolare, l'inserimento dei campi sui tempi di attesa deriva dall'Intesa sancita il 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui all'art. 1 comma 280 della Legge n. 266/2005, che al punto 7.1 "Monitoraggio di sistema" prevede che le Regioni garantiscano l'inserimento nella SDO di due nuovi campi: data di prenotazione e classe di priorità, ai fini di una lettura a tutto campo del fenomeno dei tempi di attesa per i ricoveri.

La data di prenotazione esprime la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuto all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa; per tutti i ricoveri programmati, per i quali è inserita la data di prenotazione, dovrà essere compilato anche il campo relativo alla classe di priorità.

Secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002, la classe di priorità si articola nel seguente modo:

CLASSE A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che, potenzialmente, possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da recare grave pregiudizio alla prognosi;

CLASSE B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

CLASSE C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

CLASSE D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono, comunque, essere effettuati almeno entro 12 mesi.

L'inserimento del livello d'istruzione risponde ad una necessità prevalentemente di natura socio-epidemiologica. È, infatti, ormai diffuso l'utilizzo della banca dati SDO per finalità di analisi e di studio di fenomeni sanitari correlati allo stato socio-economico dei pazienti. Il livello d'istruzione è considerato dalla letteratura nazionale ed internazionale una buona *proxy* del livello socio-economico dell'individuo quando non è possibile o consigliabile la rilevazione del livello di reddito. Al momento del ricovero del paziente, tramite la codifica ad un carattere, è riportato il livello d'istruzione del soggetto che si articola nel modo seguente:

- Licenza elementare o nessun titolo;
- Diploma scuola media inferiore;
- Diploma scuola media superiore;
- Diploma universitario o laurea breve;
- Laurea.

Anche l'inserimento di una informazione specifica sulla causa esterna risponde a finalità prevalentemente di natura socio-epidemiologica. Sono note le potenzialità ed i limiti della SDO per studi sulla incidentalità domestica, stradale e sul lavoro. Con la descrizione dell'evento con il quale si è verificato l'incidente, reso possibile dalla messa a disposizione, con l'ultima versione 2007 della Classificazione ICD-9-CM, del codice E (E800-E999) delle cause esterne di traumatismo, avvelenamento ed altri effetti avversi, sarà molto utile poter svolgere analisi epidemiologiche che aiutino nello studio di processi di prevenzione degli incidenti ed infortuni.

Come noto, il flusso delle SDO è attivo da quasi 20 anni ed ha, ormai, raggiunto un livello di maturità e di ricchezza d'informazioni, di carattere sia clinico che amministrativo, tale da costituire uno strumento irrinunciabile per le finalità di programmazione sanitaria. Nondimeno, sebbene il livello di consolidamento del flusso garantisca un elevato grado di qualità del dato raccolto, l'attenzione per la rilevazione degli errori e per la validazione delle informazioni conserva un ruolo centrale, al fine di rendere lo strumento SDO pienamente rispondente alle attuali esigenze informative di verifica e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza e della qualità ed efficacia del *setting* ospedaliero.

In questo contesto, si colloca l'attività di manutenzione degli algoritmi di controllo, con particolare riferimento ai suddetti nuovi campi inseriti nel tracciato SDO a partire dall'anno 2010.

Parallelamente, l'introduzione dei nuovi campi ha dato una nuova rilevanza a campi già presenti, i quali ora acquisiscono un ruolo di rilievo sia come sostegno della validazione dei nuovi campi, sia per l'impiego in analisi rese possibili grazie alla disponibilità di queste nuove informazioni. Un valido esempio è rappresentato dal monitoraggio dei tempi di attesa, basato sul campo "data di prenotazione", la quale deve, necessariamente, fare uso dell'informazione "tipo ricovero", per individuare i ricoveri programmati. Analogamente, l'informazione legata al campo "causa esterna di traumatismo" va ad arricchire quella già disponibile nel preesistente campo "traumatismo".

Fra le principali azioni di revisione effettuate, vi è quella relativa alle relazioni di coerenza fra i diversi campi data (data di nascita, di prenotazione, di ricovero, d'intervento principale e di dimissione). L'introduzione del nuovo campo "data di prenotazione" ha, infatti, reso opportuna una riorganizzazione complessiva dei criteri gerarchici di importanza tra i diversi campi data, in modo da rendere univoci i confronti di validità tra essi e superare eventuali limiti di sistema.

Per le nuove variabili, attentamente monitorate dal livello centrale che effettua specifici controlli di qualità e completezza, la situazione che emerge dai dati preliminari 2011 è la seguente:

- il livello d'istruzione è, fra le nuove variabili, quella con la più bassa qualità: in quasi il 35% dei casi, infatti, il campo è non compilato o errato. Tuttavia, rispetto al 2010, si è osservato un notevole miglioramento con una diminuzione pari al 25% degli errori. Sebbene questa variabile non sia direttamente coinvolta nelle analisi dell'attività ospedaliera, rappresenta un'importante informazione di contesto, per cui è auspicabile un continuo miglioramento del dato in futuro;

- la data di prenotazione e la classe di priorità risultano errate o non compilate, rispettivamente, in circa il 28% ed il 22% delle schede. Anche per tali campi si registra una diminuzione degli errori pari al 21% circa, rispetto al 2010. Queste nuove variabili devono essere compilate, come suddetto, soltanto per i ricoveri ordinari programmati o programmati con preospedalizzazione: l'informazione sulla tipologia del ricovero acquista, di conseguenza, una rinnovata importanza. La variabile presenta un buon livello di completezza e qualità, con appena poco più del 2% a livello nazionale di casi errati o non compilati;

- il codice di causa esterna risulta errato o non compilato in circa il 5% delle schede, rispetto al 9% del 2010. Questo nuovo campo deve essere compilato con i codici "E" della classificazione ICD-9-CM, solamente quando fra le diagnosi è presente un codice di traumatismo, per fornire ulteriori indicazioni sulle modalità con cui esso è avvenuto. Prima dell'introduzione di questa nuova variabile, il DM n. 380/2000 aveva già previsto il campo "traumatismo o intossicazione"; quest'ultimo ha finora ricoperto un ruolo secondario nelle analisi dell'attività ospedaliera caratterizzandosi per una elevata percentuale di errore che, fino al 2010, si attestava intorno al 7,7%. Tuttavia, la rinnovata attenzione alla corretta caratterizzazione delle circostanze in cui si è verificato l'incidente, conseguente all'introduzione del "codice di causa esterna", ha portato ad un miglioramento anche della qualità del campo "traumatismo o intossicazione" che, stando ai dati preliminari 2011, registra una percentuale pari al 4,6% di errori per 100 schede.

Lo stesso DM n. 135/2010 all'art. 2 disciplina la tempistica di trasmissione delle informazioni e la rilevanza della trasmissione ai fini dei finanziamenti regionali.

A decorrere dal 1 gennaio 2010, infatti, la trasmissione al Ministero della Salute delle informazioni, da parte delle Regioni e delle PA, avviene con la seguente periodicità:

- a) per l'anno 2010, trimestralmente, mediante invio, entro il 15 maggio, il 15 agosto, il 15 novembre 2010 ed il 28 febbraio 2011, rispettivamente, dei dati relativi alle dimissioni del primo, secondo, terzo e quarto trimestre 2010;

- b) dall'anno 2011, mensilmente, mediante invio, entro il 15 di ciascun mese, a cominciare da marzo e fino a dicembre, dei dati relativi alle dimissioni del secondo mese precedente quello dell'invio ed entro il 31 gennaio dell'anno successivo per gli ultimi 2 mesi dell'anno.

Inoltre, la tempestiva e completa trasmissione dei dati, in conformità di quanto previsto dal decreto, costituisce adempimento a cui sono tenute le Regioni ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge n. 131/2003, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della Legge n. 311/2004.