

Assistenza ospedaliera

A livello nazionale ed internazionale la *performance* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è, spesso, oggetto di dibattito e di giudizi contrastanti. Il *World Health Report* del 2000 collocava l'Italia al secondo posto assoluto dopo la Francia e, nel 2014, la classifica elaborata dall'Agenzia americana *Bloomberg* ha valutato il nostro SSN primo in Europa e terzo al mondo in termini di efficienza. L'edizione 2016 dell'*Euro Health Consumer Index* 2016 (EHCI), Report che valuta i sistemi sanitari in base al *mix* di dati statistici sanitari ufficiali e il livello di soddisfazione dei cittadini, colloca l'Italia in 22^a posizione su 34 Paesi europei. Senza soffermarci sui limiti che presentano queste valutazioni tra sistemi-Paese differenti, alcuni interessanti considerazioni possono essere riportate ed utilizzate come spunti nell'introduzione a questo Capitolo sullo stato dell'assistenza ospedaliera in Italia.

Il Report EHCI mette in evidenza che tra i Paesi con sistema sanitario universalistico "Big Beveridge", l'Italia (e la Spagna) presenta risultati intermedi rispetto ad altri *partner* europei; infatti, pur mostrando punte di eccellenza nell'assistenza e nella ricerca sanitaria, lo *score* medio nazionale risente della consistente variabilità interregionale, conseguenza anche della più grande disomogeneità interna in termini di Prodotto Interno Lordo pro capite tra i Paesi europei. In pratica, gran parte dei risultati complessivi, in termini di *performance* ed *outcome*, del SSN, ed in particolare della componente ospedaliera, sono da ascrivere alle fortissime differenze tra regioni e, spesso, alla grande eterogeneità presente anche tra singole aree all'interno della stessa regione.

La situazione descritta trova un esatto corrispettivo nel quadro dell'assistenza ospedaliera disegnato dagli indicatori considerati nella presente Edizione del Rapporto Osservasalute. Come negli anni precedenti, si conferma una fortissima variabilità regionale, con situazioni limite che riflettono una netta differenza tra regioni che sono ancora alle prese con Piani di Rientro e problemi di *performance* ed altre realtà regionali che hanno già fatto propri molti dei traguardi fissati dalle recenti linee di programmazione nazionale.

Nel corso del prossimo anno le regioni dovranno, peraltro, dare applicazione ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), al Piano Nazionale della Cronicità (PNC), al Piano Nazionale sulla Mobilità Sanitaria, al DM 21 giugno 2016 sui Piani di Rientro per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, che potranno contribuire, anche se indirettamente, a migliorare le caratteristiche e le *performance* del sistema ospedaliero. Questo impegno rappresenta per tutte le regioni, ma in particolare per quelle meno performanti, una ulteriore sfida e una nuova opportunità per orientare la programmazione e l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera verso mete proprie dei sistemi più evoluti e moderni.

A tale riguardo, nel 2016, le regioni hanno già dovuto dare corso a gran parte delle indicazioni del DM n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Il lavoro di programmazione ha interessato tutte le realtà, con risultati incoraggianti, ma disomogenei in quanto le modalità, i tempi ed i *target* non potevano che essere correlati alle caratteristiche ed alle specifiche esigenze delle varie realtà regionali.

Il lavoro di programmazione ad ampio raggio, che nel prossimo futuro attende le regioni sui temi degli standard ospedalieri, dei LEA, della mobilità sanitaria e dell'organizzazione dei servizi deputati ad affrontare in modo organico a livello territoriale i temi della cronicità, potrebbe contribuire al tanto atteso cambio di passo del processo di rinnovamento e ridefinizione di ruolo del nostro sistema ospedaliero. In particolare, ci si aspetta che i cambiamenti assumano connotazioni più strutturali rispetto al passato, sia in termini di adeguamento dell'offerta che di una effettiva promozione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza, interessando tutte le aree del Paese ed, *in primis*, quelle Regioni che hanno dimostrato una certa inerzia nel perseguire obiettivi di effettiva innovazione e una certa discontinuità con modelli organizzativi non più adeguati al mutato contesto.

Questo quadro in forte evoluzione impone, più che in passato, un adeguato monitoraggio ed una sistematica valutazione dello stato di attuazione a livello regionale delle linee di programmazione, con il duplice obiettivo di assumere come benchmark le migliori *performance* effettivamente perseguibili e di verificare la *compliance*, la resilienza e le tempistiche dei singoli sistemi regionali nel recepire le normative nazionali. In tale ottica, la presente Edizione del Rapporto Osservasalute propone un *set* di indicatori per cui sono emerse particolari e significative variazioni, sia nelle serie temporali che nei confronti regionali.

Il Rapporto Osservasalute 2016 prevede, come per le precedenti Edizioni, due diverse modalità di presentazione degli indicatori: una prima modalità con i risultati commentati e le relative raccomandazioni degli Autori, e una seconda modalità con la presentazione, in Appendice, delle informazioni sulle caratteristiche degli

indicatori e le tabelle con le serie storiche dei dati, senza commenti. La prima modalità è stata utilizzata per gli indicatori i cui risultati mostrano ancora sensibili variazioni, mentre la seconda per indicatori già ampiamente trattati nelle precedenti Edizioni e che presentano un andamento relativamente stabile e/o un trend consolidato.

Come per la precedente Edizione vengono trattati con la prima modalità i seguenti indicatori: Ospedalizzazione per patologie ad elevato impatto sociale (protesi di anca, angioplastica e bypass coronarico) nella popolazione anziana (≥ 65 anni), Ospedalizzazione in età pediatrica, Mobilità ospedaliera in età pediatrica e Complessità dei ricoveri in età pediatrica ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni. Sempre con questa modalità di presentazione viene introdotto, nella presente Edizione, la Mobilità ospedaliera complessiva per ricoveri acuti erogati in regime ordinario e diurno. I dati relativi ai suddetti indicatori si riferiscono agli anni 2007, 2010 e 2015.

Il tasso di ospedalizzazione (complessivo, distinto per età, tipologia di attività erogata, DRG medici e chirurgici, regime ordinario e diurno), la Degenza Media (DM) (complessiva e per genere) e la Degenza Media Preoperatoria (DMPO) vengono trattati, come per la precedente Edizione, in Appendice. Nell'Edizione di quest'anno viene trasferito tra gli indicatori presentati in Appendice la Percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero, in ragione di un trend in miglioramento consolidatosi negli ultimi anni.

Gli indicatori descritti consentono alcune valutazioni del sistema ospedaliero in ordine alle seguenti dimensioni:

- domanda soddisfatta;
- efficienza, appropriatezza clinica ed organizzativa delle strutture di ricovero e cura;
- accessibilità ed equità nella fruizione dei servizi.

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, ove opportuno, con adeguate tecniche di standardizzazione, per *case-mix* o per struttura demografica.

Sintesi dei dati - La domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero viene descritta attraverso l'analisi dei tassi di ospedalizzazione. I dati registrati, nel 2015, indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 140,69 per 1.000, in sensibile calo rispetto al 2014 (148,74 per 1.000) e nettamente inferiore allo standard del 160 per 1.000 indicato dal DM n. 70/2015. La percentuale di ricoveri in regime diurno è del 23,7%, leggermente al di sotto dello standard normativo del 25%.

L'analisi del trend temporale, 2010-2015, rileva una forte riduzione del ricovero in regime diurno con un tasso che passa dal 50,2 per 1.000 (circa il 29% del totale dei ricoveri) al 33,4 per 1.000. Nello stesso periodo la riduzione è meno marcata e, comunque, significativa per i Ricoveri Ordinari (RO), con un tasso che passa dal 122,2 al 107,3 per 1.000.

Le regioni che presentano un tasso di ospedalizzazione complessivo al di sopra degli obiettivi normativi sono soltanto 5 (Valle d'Aosta, PA di Trento e PA di Bolzano, Campania e Molise), 3 in meno rispetto all'anno precedente.

I dati sulle dimissioni per tipologia di attività indicano, tra il 2014 e il 2015, una lieve riduzione dei ricoveri per lungodegenza (da 1,76 a 1,72 per 1.000) e per riabilitazione (da 5,12 a 5,04 per 1.000), contro una marcata riduzione del RO per acuti (da 105,20 a 100,54 per 1.000).

La distribuzione per età di dimissioni ospedaliere in RO mostra che il tasso specifico di dimissione più elevato si rileva nella fascia di età *over 75* anni per tutte e tre le tipologie di attività. Si registra, comunque, una riduzione del tasso di ospedalizzazione per tutte le tipologie di attività in ogni fascia di età considerata.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione in età pediatrica (0-17 anni), il tasso specifico di dimissione del 2015 è pari a 60,8 per 1.000 per il RO ed a 29,0 per 1.000 per il ricovero diurno. In età pediatrica il tasso specifico più elevato si registra nel 1° anno di vita (425,7 per 1.000). L'analisi del regime di ricovero per i principali DRG, per le fasce di età <1 anno, 1-4 anni, 5-14 anni e 15-17 anni, permette di spiegare la variabilità regionale dei tassi per RO attraverso un diverso utilizzo del regime diurno nelle diverse regioni.

In merito alla dinamica della mobilità ospedaliera in età pediatrica, un *focus* sulle regioni in Piano di Rientro consente di evidenziare che (escludendo il Piemonte ed il Lazio) l'Abruzzo, il Molise, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia denotano un aumento dell'indice di fuga.

La percentuale dei pazienti dimessi con DRG chirurgico è del 45,1% ed è in lieve aumento rispetto al valore registrato nel 2013 (44,4%). L'aumento della percentuale di ricoveri con DRG chirurgico viene descritto sia per la componente in RO (dal 41,9% al 42,2%), sia, in modo più marcato, per quella in ricovero diurno (dal 51,3% al 54,2%). Questo andamento si registra nonostante la continua riduzione del tasso di ospedalizzazione per DRG chirurgico, a causa di una più marcata riduzione dei ricoveri con DRG medico.

L'elevata percentuale di dimissioni con DRG chirurgico viene descritta da anni anche a livello interna-

zionale e testimonia una qualificazione ed un aumento di complessità delle attività erogate, coerente con la *mission* di un servizio ospedaliero sempre più impegnato nella cura delle patologie complesse in fase di acuzie. Valori elevati si registrano costantemente in tutte le regioni, anche se è presente un netto gradiente geografico, con le regioni del Nord (ad eccezione della PA di Bolzano e della Liguria) che presentano valori al di sopra del dato nazionale, e tutte le regioni del Sud ed Isole con valori, invece, inferiori a quello nazionale.

I tassi standardizzati per i DRG medici (54,9% dei dimessi), seppure in calo rispetto al 2013, continuano a mostrare una rilevante e, spesso, ingiustificata variabilità regionale, sia per i RO che per la componente diurna.

Gli indicatori di efficienza delle strutture di ricovero e cura comprendono la DM, complessiva e per genere, la DMPO e, solo per l'età pediatrica, l'Indice di *Case-Mix* e l'Indice Comparativo di *performance*.

Nel 2015, si registra una DM complessiva, standardizzata per *case-mix*, pari a 7,2 giorni. Tale valore è in aumento rispetto al valore registrato nei 2 anni precedenti (6,8 giorni) e questa crescita può essere spiegata dalla progressiva riduzione del tasso di ospedalizzazione che, indirettamente, determina una maggiore prevalenza dei ricoveri più complessi. La DM divisa per genere è di 7,2 giorni per la componente maschile, mentre per la componente femminile è pari a 6,6 giorni.

Per questo indicatore è presente una lieve variabilità regionale (il *range* della DM standardizzata per il *case-mix* è compreso tra 6,1 giorni della Toscana e 7,8 giorni del Veneto) ma non un gradiente geografico.

La DMPO, standardizzata per *case-mix*, è in lieve calo ed è passata da 1,97 giorni del 2008 a 1,73 giorni del 2014. Per questo indicatore si registra un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano valori più elevati, segno della disomogenea definizione di specifici percorsi diagnostici e clinico-assistenziali precedenti all'intervento chirurgico.

I ricoveri in una regione diversa da quella di residenza rappresentano l'8,0% di tutti i ricoveri in RO e l'8,8% dei ricoveri in Day Hospital (DH). La percentuale di ricoveri in mobilità è in aumento rispetto al 2007 e al 2012, sia per il RO che per il diurno, nonostante i valori assoluti siano in calo. Tale comportamento è determinato dalla riduzione più marcata, in termini assoluti, del tasso di ospedalizzazione complessivo. In termini assoluti il valore dell'8,0% di ricoveri effettuati fuori della regione di residenza potrebbe essere anche considerato quasi "fisiologico" in quanto, entro certi limiti, il fenomeno della mobilità sanitaria è un fenomeno comune nei sistemi sanitari più avanzati. Quello che rende del tutto peculiare la situazione del nostro Paese è che, in entrambi i regimi di ricovero, il fenomeno della mobilità è tutto sbilanciato a sfavore delle regioni meridionali. Si registra, infatti, un evidente gradiente geografico, con buona parte delle regioni del Nord e del Centro con saldo positivo di mobilità e tutte le regioni del Sud e le Isole, ad eccezione del Molise, con un saldo negativo.

I valori registrati evidenziano un notevole impatto del Privato Accreditato nei ricoveri in mobilità (45,7% per il RO e 46,9% per il DH). Le regioni in cui i ricoveri in mobilità attiva avvengono in più del 50% dei casi presso strutture del Privato Accreditato sono, sia in RO che in DH, il Molise, la Puglia e la Lombardia e, solo per i ricoveri in DH, il Lazio.

La dimensione "appropriatezza clinica ed organizzativa" viene analizzata attraverso i tassi di ospedalizzazione per protesi di anca, bypass e angioplastica coronarica e la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero (età ≥ 65 anni). Il confronto nel periodo 2010-2015 e nel biennio 2014-2015, evidenzia un aumento del tasso di ospedalizzazione per protesi di anca ed angioplastica e una riduzione del tasso di bypass coronarico. Una forte variabilità regionale ed un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole si registra, con tassi più elevati al Nord, solo per i tassi di ospedalizzazione per protesi di anca, mentre per gli altri due indicatori si conferma solo una forte variabilità regionale. Ulteriori analisi potrebbero essere svolte per valutare le ragioni di questa elevata variabilità che potrebbe essere spiegata, ad esempio, da una differente incidenza/prevalenza delle patologie di interesse, ma anche da fattori relativi alla dimensione dell'offerta, a possibili limitazioni all'accesso e/o a fattori correlati alla sfera professionale ed alla capacità di scelta dei cittadini.

La percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato, a livello nazionale, un netto incremento tra il 2010 e il 2015 passando dal 35,1% al 59,2%, con un incremento annuale medio, a partire dal 2011, di circa 5 punti percentuali. Tale miglioramento può essere spiegato dall'adozione di adeguati percorsi clinico-assistenziali, in particolare nella fase di accesso e nella fase preoperatoria del paziente. Inoltre, tale incremento è anche in parte dovuto alla rilevanza che ha assunto questo indicatore nei vari sistemi di monitoraggio e valutazione della *performance* dei servizi sanitari sviluppati a livello nazionale (Piano Nazionale Esiti) e delle singole regioni e dall'attenzione che la pubblicistica di settore ed i *media* hanno riservato a tali problematiche.

Nonostante questo buon risultato, i valori registrati restano ancora lontani dagli obiettivi indicati dalle Linee Guida internazionali e raggiunti in altri Paesi, in particolare del Nord-Europa. Si conferma, inoltre, una rilevante variabilità regionale, con un *range* compreso tra il 20,1% del Molise e il valore al di sopra del 90% della Valle d'Aosta.

Conclusioni - Nel complesso, i dati presentati nel Capitolo mostrano una generale e chiara tendenza, sia a livello nazionale che regionale, verso il miglioramento delle *performance* del nostro servizio ospedaliero.

L'evidenza che molte regioni abbiano già raggiunto alcuni dei più comuni standard fissati dalla programmazione nazionale fa riflettere sul fatto che tali parametri possano ancora rappresentare, se considerati isolatamente dal contesto complessivo, effettivi ed utili benchmark per il prossimo futuro.

Nel dettaglio, la situazione rappresentata dai dati del 2015 conferma in buona parte l'andamento evidenziato nella precedente Edizione del Rapporto Osservasalute. Per quel che riguarda, ad esempio, il ricorso all'utilizzo delle tre procedure ad alto impatto sociale (interventi chirurgici per protesi d'anca, bypass coronarico e angioplastica coronarica), esse continuano a manifestare una fortissima variabilità regionale, con situazioni limite che riflettono condizioni di effettivo "overuse" e "underuse" delle procedure stesse.

Sebbene il miglioramento degli indicatori considerati abbia interessato in modo più evidente che in passato anche alcune regioni meridionali ed insulari, soprattutto quelle che partivano da posizioni lontane dai valori di riferimento, è ancora evidente una forte differenza delle *performance* registrate da quasi tutte le regioni del Nord e del Centro rispetto alle regioni del Meridione. Di conseguenza, il principale obiettivo per il nostro SSN sembra essere quello di ridurre la variabilità ed il *gap* tra le aree geografiche, avendo come riferimento sia le buone *performance* registrate in diverse realtà, ma soprattutto il complesso delle indicazioni e dei riferimenti proposti dal "Regolamento" sugli standard ospedalieri e dalle norme di recente approvazione, *in primis* i nuovi LEA.

In tal senso, il quadro che emerge dall'analisi degli indicatori presentati può essere utile per comprendere la portata delle azioni che le regioni dovranno intraprendere nel prossimo futuro per raggiungere i traguardi indicati. La sfida per il sistema ospedaliero nazionale e per tutti i sottosistemi regionali è quella di avviare e realizzare un decisivo riassetto strutturale ed organizzativo dei nostri ospedali, in funzione della sostenibilità del sistema, di una minore variabilità tra gli ambiti geografici e dell'esigenza di assicurare l'applicazione uniforme dei LEA su tutto il territorio nazionale.

Di fronte alle nuove sfide che si profilano per il SSN (l'invecchiamento della popolazione, l'evoluzione tecnologica, la disponibilità di nuovi farmaci più efficaci e costosi e la "personalizzazione" delle cure) e sulla base delle moderne politiche sanitarie e delle relative linee di programmazione, l'ospedale deve modificare ed innovare il suo sistema di offerta ed il suo ambito di attività. La sua *mission* dovrà essere sempre più rivolta alla gestione delle patologie acute ad elevato contenuto clinico-assistenziale, in un sistema a "rete" che deve essere sviluppato investendo risorse per potenziare modelli di collaborazione tra presidi di diverso livello, per realizzare un'effettiva integrazione con i servizi di assistenza distrettuali e per definire un modello di offerta meno parcellizzato, capace di massimizzare le economie di scopo e ridurre i costi di inutili e pericolose duplicazioni di servizi.

Nella pratica operatività delle singole regioni occorre ottimizzare l'utilizzo delle risorse ancora disponibili ridisegnando i percorsi per le patologie acute di alta complessità, ma anche porre maggiore attenzione, come previsto dal PNC, ai temi della continuità assistenziale, dei percorsi di cura e del decentramento di attività sanitarie di media complessità verso il livello di assistenza territoriale, specialmente per la presa in carico dei pazienti con patologie cronico degenerative che impongono un rapporto più equilibrato tra ospedale e sistema delle cure primarie e una forte interazione tra le attività sociali e sanitarie. In pratica, occorre dimostrare nel concreto che è possibile assicurare in ogni realtà regionale adeguati livelli di servizio ai cittadini adottando modelli organizzativi in forte discontinuità con il passato, a garanzia della sostenibilità e della modernizzazione dell'intero sistema di cure.

A tale riguardo, i margini di miglioramento possono essere molto ampi.

L'evidenza che il tasso di ospedalizzazione nella popolazione di età ≥ 65 anni sia diminuito di oltre il 30% tra il 2002 e il 2015, dimostra che anche gli elevati "consumi" di assistenza ospedaliera della popolazione anziana possono essere contrastati e suppliti con modalità alternative di assistenza e che l'invecchiamento della popolazione non deve, necessariamente, tradursi in una generale previsione di incremento dell'offerta e dell'utilizzo dell'ospedale. Allo stesso modo, l'elevata variabilità riscontrata nel tasso di alcune procedure conferma l'esigenza di promuovere una maggiore adesione dei professionisti alle Linee Guida condivise, nell'ottica dei principi dell'*Evidence Based Medicine*.

È fondamentale che queste azioni interessino, in modo diffuso e per quanto possibile più omogeneo che in passato, le diverse realtà regionali. A tale scopo, insistiamo ancora sull'importanza di applicare con rigore le recenti indicazioni della programmazione nazionale, ma, allo stesso tempo, è altrettanto importante che la "governance" del processo di cambiamento, cioè le scelte e la portata delle azioni da intraprendere, sia giocata con autonomia e responsabilità ben individuate a livello di ogni singola regione.

Ospedalizzazione di patologie ad elevato impatto sociale

Significato. In questa Sezione vengono analizzati e descritti i tassi di ospedalizzazione nella popolazione di 65 anni ed oltre di tre procedure terapeutiche relative a patologie ad elevato impatto sociale ed alta prevalenza: interventi per protesi di anca, bypass coronarico e angioplastica coronarica.

La letteratura descrive tassi di ospedalizzazione molto variabili per ognuna delle procedure prese in esame, sia nei confronti internazionali che all'interno dello stesso sistema sanitario nazionale. Tale variabilità, che riguarda interventi e/o procedure ormai standardizzate, di comprovata efficacia clinica e ad alto impatto sociale, può essere l'espressione di una molteplicità di fattori, dalle caratteristiche socio-economiche e demografiche dei pazienti alle attitudini dei

professionisti o alle tipicità dei diversi contesti istituzionali ed organizzativi. Infatti, una elevata variabilità del tasso di intervento per una specifica procedura può essere dovuta alla prevalenza della patologia di interesse in un determinato ambito geografico, alla mancanza di un elevato consenso professionale circa le scelte terapeutiche, alla difficoltà da parte del paziente di scegliere fra le varie opzioni di trattamento ed alla presenza di disuguaglianze nell'accesso alle cure riconducibili ai servizi sanitari (1). La variabilità geografica può fornire indicazioni sulla dimensione dell'offerta, su eventuali limitazioni nell'accesso ai servizi e, indirettamente, su fenomeni di inappropriata organizzazione.

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per protesi di anca*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (età ≥65 anni) per interventi chirurgici per protesi di anca**	x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente ≥65 anni	

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per bypass coronarico*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (età ≥65 anni) per interventi chirurgici per bypass coronarico°	x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente ≥65 anni	

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per angioplastica coronarica*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (età ≥65 anni) per interventi chirurgici per angioplastica coronarica°°	x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente ≥65 anni	

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

**Dimissioni con intervento principale o secondario 00.70, 00.71, 00.72, 00.73, 81.51, 81.52, 81.53 (rispetto all'indicatore inserito nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero della banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera sono stati inclusi anche gli interventi di revisione della protesi di anca, codici ICD-9-CM 00.70, 00.71 e 00.72).

°Dimissioni con intervento principale o secondario 36.1x.

°°Dimissioni con intervento principale o secondario 00.66, 36.09.

Validità e limiti. Le tre procedure chirurgiche proposte sono state incluse, dall'Intesa Stato-Regioni del 18 ottobre 2010, nel Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (2), per cui alcune Regioni potrebbero averne rivisto negli anni le modalità di codifica nell'intento di migliorare la qualità e la pertinenza delle relative rendicontazioni.

In letteratura, l'età viene riportata come principale fattore predittivo dell'utilizzo dei servizi e per questo motivo si è scelto di considerare solo la popolazione di età ≥65 anni senza procedere, però, ad ulteriori standardizzazioni per età e genere e di questo bisogna tener

conto nell'interpretazione dei risultati.

I tassi sono calcolati per regione di residenza e, quindi, occorre anche considerare che la variabilità rilevata potrebbe essere, in parte, riconducibile alle differenze di incidenza e prevalenza delle patologie di interesse nei diversi ambiti geografici, oltre che a disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari e a differenti pratiche terapeutiche e/o fenomeni di inappropriata da ascrivere alle strutture erogatrici delle prestazioni.

Per le regioni che presentano alti tassi di mobilità passiva, questi ultimi aspetti rappresentano un ulteriore limite da tenere presente nella valutazione dei risultati.

Valore di riferimento/Benchmark. In mancanza di normative specifiche e di indicazioni di letteratura rispetto alle quali operare confronti, si considera come riferimento il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

Il tasso di dimissioni ospedaliere nazionale nella popolazione di età ≥ 65 anni per intervento di protesi di anca, nel 2015 è pari a 602,8 per 100.000 residenti (Tabella 1, Grafico 1), superiore rispetto al dato del 2014 (596,4 per 100.000) e del 2013 (601,7 per 100.000). Si evidenzia una importante variabilità del tasso regionale di questa procedura, con un *range* compreso tra il valore minimo di 382,2 (per 100.000) interventi della Sardegna ed i 1.032,6 (per 100.000) interventi della PA di Bolzano. Come nelle precedenti Edizioni del presente Rapporto, l'analisi dei dati sottolinea un evidente gradiente geografico: tutte le regioni settentrionali presentano tassi superiori al valore nazionale, mentre le regioni meridionali presentano tassi inferiori. Tra il 2014 e il 2015, l'incremento più marcato del tasso di interventi si è avuto in Valle d'Aosta (da 908,1 a 953,6 per 100.000), seguito da Marche (da 595,8 a 618,2 per 100.000) ed Emilia-Romagna (da 682,7 a 704,7 per 100.000). Il decremento maggiore rispetto all'anno precedente si è verificato in Umbria (da 606,4 a 564,5 per 100.000) e in Basilicata (da 423,1 a 385,9 per 100.000), mentre 6 regioni (Lombardia, Veneto, Abruzzo, Molise, Puglia e Sardegna) presentano un tasso di dimissioni per questa procedura praticamente invariato rispetto all'anno precedente. Considerando il trend tra il 2010 e il 2015 (Grafico 2), il tasso presenta un incremento del valore medio nazionale di 15,8 interventi per 100.000 residenti.

L'aumento più marcato, tra il 2010 e il 2015, si è verificato nella PA di Bolzano (da 865,5 a 1.032,6 per 100.000), mentre la riduzione più consistente si è verificata in Basilicata (da 446,4 a 385,9 per 100.000).

Per quanto riguarda il tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione di età ≥ 65 anni per interventi chirurgici per bypass coronarico, nel 2015 si è registrato un valore nazionale pari a 107,4 per 100.000 (Tabella 2, Grafico 3), confermando un trend in costante riduzione dal valore di 133,8 per 100.000 nel 2010. Per questa procedura non si evidenzia un gradiente geografico, ma una consistente variabilità regionale, con un ampio *range* compreso tra il valore minimo pari a 56,0 per 100.000 abitanti nella PA di Bolzano ed un

valore massimo di 145,8 per 100.000 in Friuli Venezia Giulia. I valori delle singole regioni, tra il 2014 e il 2015, indicano una riduzione maggiore del tasso in Umbria (da 85,8 a 69,1 per 100.000) e in Valle d'Aosta (da 77,7 a 62,4 per 100.000), mentre l'incremento maggiore si registra in Calabria (da 110,3 a 120,3 per 100.000). Considerando il trend 2010-2015, la riduzione maggiore del valore si registra nel Lazio (da 145,5 a 92,8 per 100.000). Una riduzione importante del tasso di ospedalizzazione per bypass coronarico si evidenzia anche in Molise, Marche e Lombardia. Al contrario, un trend in aumento si è registrato soltanto in Calabria e nella PA di Trento.

Il terzo indicatore in esame si riferisce al tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione di età ≥ 65 anni per angioplastica coronarica. Il valore nazionale si attesta, nel 2015, a 584,3 per 100.000 abitanti (Tabella 3, Grafico 4), in aumento sia rispetto all'anno precedente (575,0 per 100.000), con un aumento di 8,7 per 100.000 interventi in più, sia, soprattutto, rispetto al valore registrato nel 2010 (520,4 per 100.000), con un aumento di 63,9 per 100.000 interventi in più.

Come per gli altri indicatori precedentemente descritti, anche questi dati presentano una notevole variabilità regionale: infatti, il *range* è compreso tra 275,3 per 100.000 abitanti del Friuli Venezia Giulia a 762,9 per 100.000 della Valle d'Aosta. Il calo più consistente del tasso, rispetto all'anno precedente, viene registrato dalla PA di Bolzano (da 463,5 a 414,1 per 100.000). Tra il 2010 e il 2015 il tasso di interventi si è ridotto, in modo significativo, in Friuli Venezia Giulia, PA di Bolzano, Emilia-Romagna, Liguria e Toscana. Nell'ultimo anno l'incremento più consistente del tasso si è verificato in Valle d'Aosta (da 692,6 a 762,9 per 100.000) e Abruzzo (da 369,1 a 435,4 per 100.000).

La lettura congiunta dei tassi di ospedalizzazione per bypass coronarico e angioplastica (Grafico 3, 4 e 5) evidenzia che, tra il 2010 e il 2015, nella maggior parte delle regioni, si assiste ad una riduzione del tasso di interventi per bypass coronarico, con un parallelo aumento del tasso di interventi di angioplastica coronarica. In particolare, in 6 anni, il tasso di bypass coronarico si è ridotto di 26,4 interventi per 100.000 abitanti, mentre, nello stesso arco di tempo, gli interventi di angioplastica coronarica sono aumentati di 63,9 per 100.000 abitanti (Grafico 5).

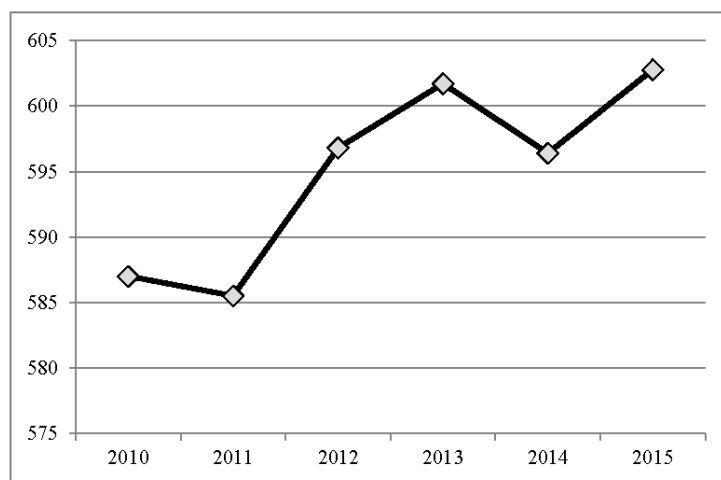
ASSISTENZA OSPEDALIERA

407

Tabella 1 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2015

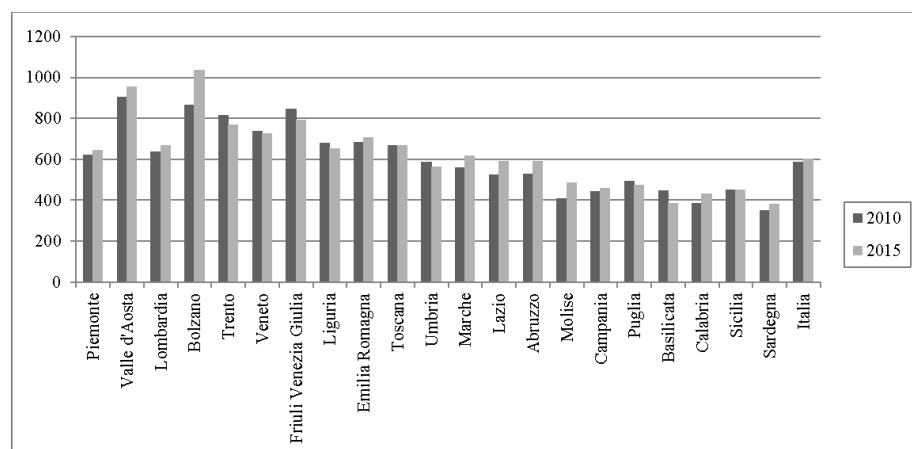
Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	622,1	641,7	638,7	648,3	630,0	641,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	901,0	873,1	974,4	962,0	908,1	953,6
Lombardia	633,8	635,9	660,9	672,4	666,1	665,9
Bolzano-Bozen	865,5	865,8	863,9	1.001,0	1.015,0	1.032,6
Trento	812,5	762,1	770,0	768,1	781,3	766,5
Veneto	734,7	714,1	719,9	701,8	723,1	724,4
Friuli Venezia Giulia	845,5	823,8	820,5	811,5	812,4	788,9
Liguria	678,6	645,8	654,3	700,8	670,9	650,1
Emilia-Romagna	683,0	673,6	676,0	676,2	682,7	704,7
Toscana	666,2	635,8	635,5	651,5	648,5	664,9
Umbria	584,6	578,3	605,1	593,4	606,4	564,5
Marche	560,8	598,1	586,2	565,6	595,8	618,2
Lazio	523,7	538,0	574,4	593,3	568,6	588,6
Abruzzo	526,8	566,9	564,9	580,7	589,6	588,9
Molise	407,5	459,8	481,6	464,5	486,1	485,1
Campania	444,4	447,0	453,9	453,0	450,4	457,2
Puglia	494,2	491,4	481,6	479,2	471,9	473,4
Basilicata	446,4	401,0	453,9	449,9	423,1	385,9
Calabria	383,5	402,1	438,4	449,4	413,9	431,1
Sicilia	452,4	445,3	463,2	455,2	431,8	449,4
Sardegna	351,6	366,9	362,2	345,1	382,7	382,2
Italia	587,0	585,5	596,8	601,7	596,4	602,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Grafico 1 - Trend nazionale del tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre - Anni 2010-2015

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Grafico 2 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

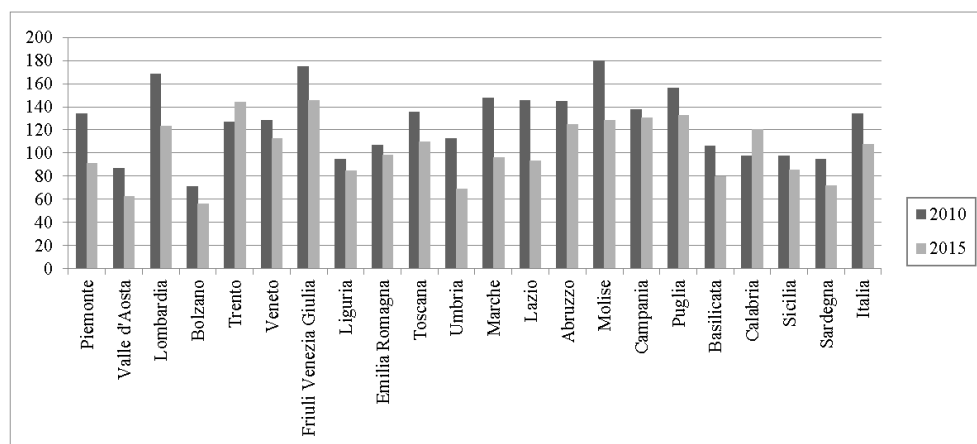
Tabella 2 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2015

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	133,8	127,2	114,7	108,9	100,2	91,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	86,3	123,1	111,0	108,5	77,7	62,4
Lombardia	168,1	154,8	145,2	140,6	127,0	123,0
Bolzano-Bozen	71,2	68,2	79,9	64,6	64,2	56,0
Trento	126,5	125,5	148,2	139,1	136,5	143,8
Veneto	128,0	112,4	113,7	108,4	108,9	112,5
Friuli Venezia Giulia	174,8	160,7	156,3	153,4	152,0	145,8
Liguria	94,6	87,3	96,7	103,4	87,9	84,4
Emilia-Romagna	106,5	105,9	100,5	100,0	107,3	97,8
Toscana	135,3	126,0	113,3	102,8	113,2	109,6
Umbria	112,7	80,4	96,9	88,2	85,8	69,1
Marche	147,4	129,3	139,4	102,6	106,7	95,6
Lazio	145,5	129,8	134,0	120,5	107,9	92,8
Abruzzo	144,7	139,6	136,1	120,2	121,0	124,5
Molise	179,5	145,7	128,0	154,4	125,0	128,4
Campania	137,8	117,3	120,9	124,3	129,4	130,0
Puglia	156,0	153,2	152,5	146,4	133,1	132,7
Basilicata	105,7	106,4	103,9	105,0	90,5	79,4
Calabria	97,4	99,4	103,3	99,8	110,3	120,3
Sicilia	97,1	100,5	96,2	96,7	92,2	85,5
Sardegna	94,6	100,9	88,2	79,5	82,3	71,9
Italia	133,8	124,6	121,7	116,2	112,3	107,4

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

409

Grafico 3 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2015

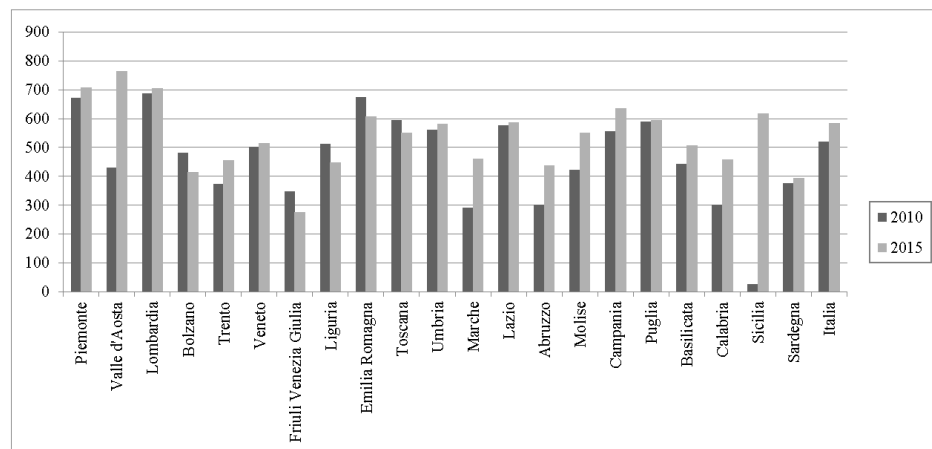
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Tabella 3 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2015

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	669,9	666,5	685,1	693,8	678,3	707,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	428,0	634,3	740,2	676,3	692,6	762,9
Lombardia	686,7	700,6	702,6	697,6	684,6	705,1
Bolzano-Bozen	481,7	466,5	460,0	516,9	463,5	414,1
Trento	372,7	480,6	484,2	497,3	464,4	453,8
Veneto	499,8	485,5	496,8	499,9	516,2	515,0
Friuli Venezia Giulia	346,2	326,9	338,6	308,5	287,8	275,3
Liguria	510,8	478,3	453,1	450,4	456,3	447,1
Emilia-Romagna	672,5	647,2	637,2	628,9	613,6	607,4
Toscana	594,0	543,9	549,8	530,2	542,6	549,4
Umbria	561,6	550,5	547,6	589,1	593,5	579,9
Marche	289,4	372,4	346,9	452,0	445,4	459,3
Lazio	574,9	510,5	607,9	582,1	579,0	585,0
Abruzzo	299,9	297,5	382,1	396,2	369,1	435,4
Molise	421,7	365,6	464,4	504,1	504,2	550,7
Campania	554,6	599,0	628,7	675,2	643,6	634,1
Puglia	588,1	571,8	571,8	609,9	576,1	592,7
Basilicata	442,2	433,1	433,4	459,1	464,6	505,4
Calabria	299,2	425,7	428,8	423,8	437,1	457,8
Sicilia	24,2	605,8	628,5	649,0	607,3	617,7
Sardegna	374,2	383,5	397,7	408,1	393,6	391,6
Italia	520,4	561,8	579,2	586,9	575,0	584,3

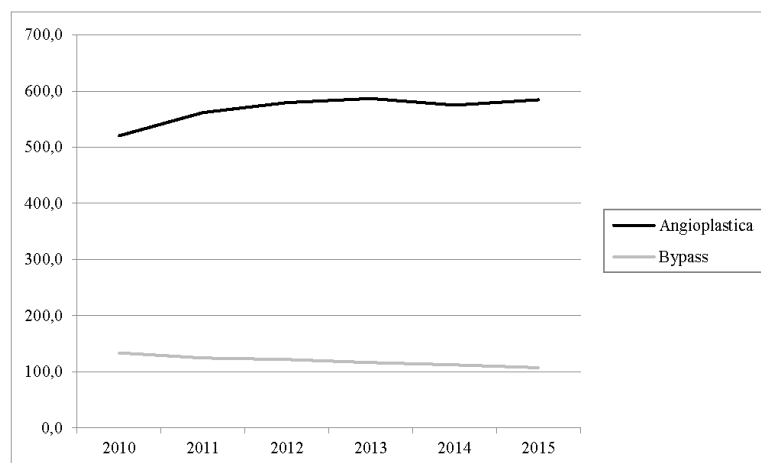
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Grafico 4 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Grafico 5 - Andamento comparato tra tassi (valori per 100.000) di intervento per angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico - Anni 2010-2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Raccomandazioni di Osservasalute

Come nelle precedenti Edizioni del presente Rapporto, l'utilizzo delle tre procedure ad alto impatto sociale sopra descritte continuano a manifestare una fortissima variabilità regionale, con situazioni limite che riflettono condizioni di effettivo "overuse" e "underuse" delle procedure stesse.

Si sottolinea che tali indicatori misurano la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinzione tra prestazioni appropriate e inappropriate; inoltre, non consentono di analizzare la domanda "insoddisfatta" dovuta a diversi fattori, tra cui la scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie a fronte di un effettivo bisogno della popolazione oggetto dell'indagine.

Per garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe stabilire se il presunto

eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni sia da attribuire a differenze epidemiologiche delle patologie correlate alle procedure chirurgiche in esame (diversa incidenza delle patologie), ad un sotto o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o ampliare le possibilità di accesso alle prestazioni oppure a determinanti connessi all'erogazione delle prestazioni, tra cui anche fattori correlati alla sfera professionale ed alla capacità di scelta dei pazienti. Per ciascuna delle procedure considerate, le variazioni possono essere imputabili a diverse e molteplici cause.

Per le protesi di anca, ad esempio, la letteratura riporta una associazione proporzionalmente inversa con situazioni di svantaggio socio-economico e di deprivazione; sarebbe, quindi, auspicabile che nelle regioni in cui si registrano basse performance il fenomeno

sia valutato con attenzione, al fine di avviare azioni volte a migliorare l'equità nell'accesso ai servizi (1), ovvero di contrastare fenomeni di eventuale "overuse" della procedura nelle regioni che presentano i più alti tassi di intervento. L'aumento dei tassi registrato nelle regioni con valori bassi rispetto al dato nazionale potrebbe essere dovuto all'attuazione delle strategie sopra citate.

Diversamente, per procedure come l'angioplastica coronarica e il bypass coronarico la variabilità potrebbe essere correlata anche alla struttura dell'offerta (disponibilità di adeguate strutture specialistiche) e al comportamento dei clinici rispetto alle indicazioni di eleggibilità previste dalle Linee Guida per i quadri patologici considerati (2).

Anche la lettura congiunta dei tassi di angioplastica coronarica e bypass coronarico può fornire ulteriori elementi di discussione per studiare il fenomeno della variabilità interregionale nell'arco temporale dei 6 anni. Infatti, la riduzione del tasso di dimissione per bypass coronarico, a livello nazionale e nella maggior parte delle regioni, è in parte accompagnata dall'au-

mento del tasso di dimissione per angioplastica coronarica. Resta, però, da evidenziare che questo andamento non si registra in alcune regioni, per cui i determinanti della variazione dei tassi in esame vanno ricercati in molteplici direzioni (trend epidemiologici e modifica delle indicazioni per l'utilizzo della procedura e della struttura dell'offerta) attraverso accurate valutazioni condotte nei vari contesti. Alla luce di queste considerazioni, sarebbe opportuno incentivare le regioni che presentano gli scostamenti più elevati a valutare, in dettaglio, i fenomeni rilevati allo scopo di comprenderne la genesi e promuovere, se del caso, specifiche azioni per migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Riferimenti bibliografici

(1) Variation in Health care, the good, the bad and the inexplicable. The King's Fund. Anno 2011.

(2) Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Ospedalizzazione in età pediatrica

Nel corso del 2015 si sono avute, complessivamente, 915.320 dimissioni ospedaliere, da reparti per acuti, di pazienti con età <18 anni. Il 68% delle dimissioni sono state da regime di Ricovero Ordinario (RO), con complessive 3.238.650 giornate di degenza ed il restante 32% da ricoveri diurni, con relative 594.776 giornate di accesso alle prestazioni diurne.

Il Grafico 1 rappresenta la distribuzione del numero assoluto delle dimissioni da reparti per acuti, per genere ed età, comprensivo delle dimissioni di bambini non residenti in Italia. La distribuzione mostra anche la composizione delle dimissioni in base al regime di ricovero: ordinario e diurno.

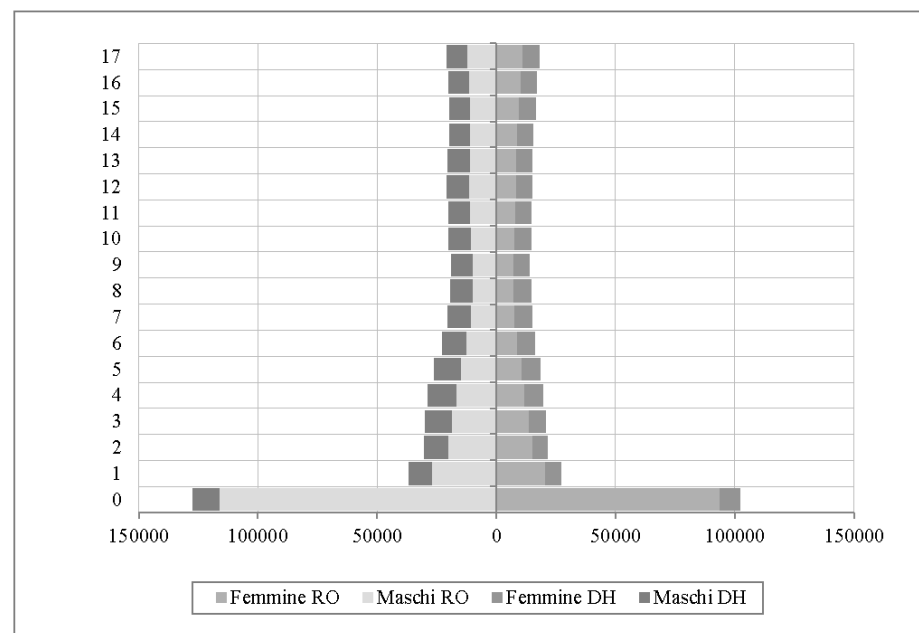
La rappresentazione grafica fornisce una immediata indicazione sul volume dei ricoveri nel 1° anno di vita, di cui il 57% sono immediatamente consecutivi all'evento nascita. La numerosità dei ricoveri decre-

sce, poi, gradualmente sino al 9-10° anno di età. Si osserva, per le età successive, una inversione di tendenza, caratterizzata da lievi incrementi.

Inoltre, il grafico consente di rilevare come in età pediatrica vi sia maggiore propensione al ricovero dei maschi rispetto alle femmine ed il fenomeno caratterizza sia i RO che quelli diurni. Infatti, l'indice di mascolinità dei ricoveri è sensibilmente superiore al valore assunto dall'indice di mascolinità nella popolazione residente per ciascun anno di età pediatrica.

Si osserva, inoltre, che in età pediatrica la diversa propensione al ricovero per genere si riduce intorno al 16-17° anno di età. In corrispondenza di questa età l'indice di mascolinità assume il valore minimo, mentre presenta il valore massimo intorno al 4° anno di età per i RO ed intorno al 3° anno per i ricoveri diurni.

Grafico 1 - Piramide dell'età (valori in anni) per genere dei dimessi (valori assoluti) in età pediatrica da reparti per acuti - Anno 2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Significato. I tassi di ospedalizzazione, calcolati su base regionale per classi di età dei pazienti e per regime di ricovero, consentono di evidenziare il ricorso dei residenti alle prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, una analisi accurata dei tassi di ospedalizzazione permette di evidenziare eventuali differenze geografiche e temporali, quando se ne confronta l'andamento spazio-temporale.

Per consentire un confronto temporale sono stati presentati i tassi di ospedalizzazione relativi al 2010 e al 2015.

Valori eccessivi dei tassi di ospedalizzazione potrebbero essere indicativi di carenze organizzative nell'erogazione dei servizi sanitari di cui dovrebbe essere dotato il territorio e che potrebbero prevenire, in taluni casi, il ricorso al ricovero ospedaliero.

Tasso di ospedalizzazione di pazienti in età pediatrica*

Numeratore	Dimissioni per regione di residenza e classi di età <18 anni	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente per classi di età <18 anni	

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

Validità e limiti. Per il calcolo del tasso di ospedalizzazione sono state considerate le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), relative alle dimissioni da reparti per acuti degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati, ad esclusione delle dimissioni dei neonati sani, la cui ospedalizzazione è limitata all'evento nascita.

L'indicatore è stato calcolato distintamente per il regime di RO e diurno; dal numeratore sono state escluse le dimissioni 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. L'indicatore, inoltre, include, al numeratore, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno. Al denominatore è stato posto il valore medio della popolazione residente per ciascun anno esaminato, ossia 2010 e 2015.

Il tasso di ospedalizzazione per regione non tiene conto della eventuale mobilità dei pazienti dalla propria regione di residenza a quella di ricovero, poiché sia al numeratore che al denominatore si tiene conto della sola regione di residenza.

La popolazione residente posta a denominatore dell'indicatore è quella fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Occorre precisare che, per il 2010, è stata utilizzata la popolazione residente, ricostruita dall'Istat a partire dai dati del Censimento generale della popolazione del 2001 e 2011 e tiene conto dei flussi demografici intercorsi nel medesimo periodo intercensuario.

Qualche cautela va prestata nel confrontare i dati regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime diurno: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dell'ospedalizzazione diurna. In particolare, le differenze che si rilevano sono relative al numero medio di accessi in regime diurno: si va da 1,3 a 3,2 accessi medi.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classe di età. Il confronto tra tassi specifici regionali consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le classi di età di pazienti con età <18 anni.

Descrizione dei risultati

Nel raffronto dei dati di attività ospedaliera relativi agli anni 2010 e 2015 si osserva, a livello nazionale,

una riduzione dei tassi di ospedalizzazione per entrambi i regimi di ricovero, ordinario (Tabella 1) e diurno (Tabella 2), e per tutte le classi di età <18 anni. La riduzione più consistente dell'ospedalizzazione si rileva per i ricoveri in regime ordinario dei bambini nel 1° anno di vita: vi è, infatti, una riduzione del relativo tasso di 56 ricoveri per 1.000 residenti. Seppure con diversa intensità, la riduzione dei ricoveri si rileva in quasi tutte le regioni. In Lombardia si ha la massima riduzione del tasso, con un decremento pari a 175 ricoveri ogni 1.000 residenti. A seguire, la PA di Trento, la Sicilia e l'Umbria che presentano una riduzione di circa 100 ricoveri per 1.000 residenti. Si evidenzia, poi, il Molise con valori del tasso di ospedalizzazione in controtendenza, in particolare relativamente ai ricoveri dei bambini nel 1° anno di vita: il tasso presenta un incremento pari a circa 140 ricoveri per 1.000 residenti. Per le altre classi di età si osserva una diminuzione generalizzata.

Come anticipato, anche i ricoveri diurni subiscono una riduzione dal 2010 al 2015, con conseguente riduzione dei tassi di ospedalizzazione per tutte le classi di età da noi considerate. Anche in questo caso, la riduzione più consistente è quella relativa ai ricoveri dei bambini al di sotto del 1° anno di vita e tale riduzione caratterizza tutte le regioni, con le sole eccezioni del Friuli Venezia Giulia e Molise. In particolare, in Molise il tasso di ospedalizzazione presenta un incremento di circa 14 ricoveri per 1.000 residenti. La massima contrazione del tasso si rileva in Liguria e Sicilia, con una riduzione di circa 50 ricoveri ogni 1.000 residenti. Occorre evidenziare, inoltre, che nel Lazio si rilevano i valori del tasso di ospedalizzazione in regime diurno di molto superiori ai valori assunti dalle altre regioni per tutte le classi di età considerate.

Per illustrare i motivi di ricovero in età pediatrica, sono di seguito presentate le Tabelle 3-6 che riportano i primi 15 DRG per numerosità di dimissioni da reparti per acuti in regime ordinario, di residenti e non, sul territorio nazionale.

In particolare, dalla Tabella 3, relativa ai dimessi di età <1 anno, si evidenzia che le dimissioni associate ai primi 15 DRG rappresentano circa l'82% delle dimissioni in regime di RO relative a questa classe di età. I primi 15 DRG della Tabella 3 sono tutti di tipo medico (M). In carattere corsivo sono evidenziati quelli definiti "ad alto rischio di non appropriatezza" se erogati in regime di ricovero ordinario con degenze >1 giorno.

I primi 15 DRG associati alle dimissioni di bambini in età compresa tra 1-4 anni (Tabella 4) sono, prevalentemente, di tipo medico e riguardano il 63% del totale delle dimissioni per questa fascia di età. Anche in questo caso, tra i primi DRG compaiono quelli a rischio di inappropriatazza. In particolare, ve ne sono alcuni di tipo chirurgico, come quelli per interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia (DRG 060) e per interventi sul pene (DRG 341) e sul testicolo (DRG 340).

La Tabella 5 presenta le dimissioni relative ai primi 15 DRG per età compresa tra 5-14 anni, che costituiscono circa il 47% delle dimissioni complessive per questa fascia di età. In questa fascia di età aumentano i ricoveri con finalità chirurgiche, che rappresentano il 43%. Relativamente all'ultima classe di età pediatrica da noi considerata, 15-17 anni, la Tabella 6 riporta i primi 15 raggruppamenti delle dimissioni per DRG, che costituiscono appena il 36,7% del numero complessivo delle dimissioni in regime ordinario. Tra i primi DRG, quelli attribuibili agli interventi chirurgici rappresentano il 61% delle dimissioni. Interessante rilevare che, al 6° posto per ordine di dimissioni, compaiono quelle dovute a parto naturale (DRG 373).

Nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera, per non erogare prestazioni in modalità inappropriata, con conseguente allungamento dei tempi di attesa, si sta procedendo al trasferimento dell'erogazione delle suddette prestazioni dal regime di RO a quello diurno o anche, laddove possibile, al trasferimento verso il regime ambulatoriale. In tal modo, si garantisce l'erogazione delle prestazioni in modo più efficiente, con minore aggravio delle risorse finanziarie dedicate al sistema sanitario e con maggiore appropriatezza di utilizzo delle risorse di cui dispone ciascuna struttura ospedaliera.

Pertanto, con riferimento a talune tipologie di ricovero, particolarmente ricorrenti in età pediatrica ed associate a DRG ad alto rischio di inappropriatazza, si forniscono maggiori dettagli circa la modalità di erogazione delle relative prestazioni.

La Tabella 7 esamina le dimissioni per tonsillectomia e/o adenoidectomia, per i pazienti in età pediatrica (0-17 anni). In essa è riportato il numero delle dimissioni effettuate in regime di RO e di quelle in ricovero diurno.

Delle dimissioni in regime ordinario sono evidenziati i ricoveri in One Day Surgery (1 pernottamento del paziente), in modo tale che il paziente possa essere sufficientemente monitorato prima di essere dimesso. La tabella, quindi, evidenzia la percentuale degli interventi effettuati in regime diurno ed in One Day Surgery sul totale delle dimissioni avute per tonsillectomia. Il confronto dei valori percentuali regionali evidenzia come il processo di trasferimento degli interventi di tonsillectomia, dal RO a quello diurno o al ricovero One Day Surgery, sia ancora in atto in alcune regioni. In particolare, il processo di cambiamento sembrerebbe più lento in quelle regioni in cui viene praticato un numero inferiore di interventi, come Valle d'Aosta e Molise. Si rileva che in Sardegna, in cui si praticano annualmente circa 900 tonsillectomie, prevale ancora la modalità organizzativa del RO con degenze >1 giorno.

La Tabella 8 considera le dimissioni ospedaliere per otite media ed infezione delle alte vie respiratorie, cui è associato un DRG medico. In essa è riportata la percentuale di dimissioni in regime diurno e con degenza breve, ossia di 1 giorno, sul totale delle dimissioni ed anche in questo caso i dati presentano una elevata variabilità. Nel Lazio, che ha effettuato 2.900 dimissioni, secondo solo alla Lombardia con 4.507 dimissioni, la suddetta percentuale si attesta intorno al 50%, assumendo il valore massimo della distribuzione e superando ampiamente il dato nazionale. In Lombardia, invece, la modalità di RO per queste patologie è quasi totale, poiché solo il 7% circa dei ricoveri ha avuto una degenza breve o diurna.

La Tabella 9 considera i ricoveri per esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, cui è associato un DRG medico, ritenuto a rischio di inappropriatazza se con RO e degenze >1 giorno. Dal computo dei ricoveri sono stati esclusi quelli che, sulla base di una valutazione medica, sono stati ritenuti ricoveri urgenti. Con questa cautela nell'analisi dei dati, si osserva che la percentuale dei ricoveri diurni e con degenza breve (1 giorno) non è in nessun caso inferiore al 60% ed i valori massimi sono intorno al 93% (PA di Bolzano, Toscana, Abruzzo e PA di Trento).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

415

Tabella 1 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anni 2010, 2015

Regioni	<1		1-4		5-14		15-17		0-14		0-17	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Piemonte	496,2	498,5	60,9	48,4	36,5	29,3	45,4	36,2	74,4	61,8	69,7	57,5
Valle d'Aosta	370,4	394,7	50,3	61,2	48,9	39,0	57,4	48,5	72,0	65,5	69,8	62,7
Lombardia	571,4	396,0	78,8	64,7	42,3	35,5	49,5	41,4	89,5	64,6	83,3	60,8
Bolzano-Bozen	371,7	369,5	64,7	47,5	40,4	30,0	55,3	46,8	67,7	56,6	65,6	54,9
Trento	388,4	277,4	44,4	35,3	27,1	23,6	32,7	34,4	55,7	41,6	52,0	40,4
Veneto	331,7	325,6	50,7	36,9	26,9	23,2	33,7	28,4	54,0	44,2	50,7	41,5
Friuli Venezia Giulia	329,6	326,2	39,9	33,6	24,8	23,5	36,6	32,9	49,4	43,5	47,4	41,7
Liguria	510,7	481,5	69,6	56,1	37,7	30,9	48,0	37,4	77,1	63,1	72,2	58,7
Emilia-Romagna	442,5	426,0	67,4	55,3	38,3	32,7	42,0	37,4	75,6	62,2	70,5	58,2
Toscana	422,1	365,1	60,1	43,4	34,1	25,5	43,5	35,2	67,9	49,9	64,0	47,5
Umbria	499,9	397,9	87,3	64,8	43,8	37,1	49,2	46,8	87,0	65,0	80,8	62,0
Marche	386,2	392,4	77,9	61,9	43,3	35,0	43,0	38,5	76,2	63,0	70,6	58,9
Lazio	494,0	482,7	82,3	70,8	40,9	33,7	45,8	35,5	83,7	69,9	77,3	64,3
Abruzzo	604,5	561,9	111,0	92,1	52,2	42,4	55,3	47,0	104,2	86,3	95,4	79,4
Molise	503,8	644,2	83,9	96,0	48,2	43,6	60,1	41,4	84,6	91,5	79,9	81,9
Campania	434,4	394,1	89,0	76,4	43,3	34,0	51,2	38,9	78,8	64,8	73,7	60,0
Puglia	601,7	571,1	127,6	117,3	58,9	48,6	60,7	45,4	109,4	94,7	100,4	85,6
Basilicata	452,1	378,5	75,0	75,0	39,6	40,5	40,5	32,3	72,5	67,7	66,4	60,9
Calabria	480,7	479,8	98,3	75,9	48,6	36,0	53,6	38,2	88,2	72,7	81,5	66,4
Sicilia	498,9	390,8	124,1	92,3	56,4	39,7	49,6	34,7	101,3	73,9	91,6	66,8
Sardegna	522,5	502,9	109,3	84,8	48,0	41,4	51,5	42,4	95,0	78,3	87,0	72,0
Italia	481,7	425,7	82,5	67,3	42,5	34,2	47,9	38,0	82,4	65,5	76,5	60,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Tabella 2 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime diurno per regione - Anni 2010, 2015

Regioni	<1		1-4		5-14		15-17		0-14		0-17	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Piemonte	27,7	14,6	20,9	16,4	21,6	14,7	27,9	20,3	21,8	15,1	22,8	16,0
Valle d'Aosta	42,4	24,3	23,4	24,3	23,8	22,3	17,1	27,0	25,0	23,0	23,8	23,6
Lombardia	28,5	14,9	23,2	16,7	20,2	13,6	20,3	14,1	21,6	14,4	21,4	14,4
Bolzano-Bozen	31,4	23,5	41,6	36,0	30,3	21,0	23,5	21,1	33,3	25,1	31,7	24,4
Trento	33,6	33,3	32,0	34,2	32,4	31,0	29,7	27,8	32,4	32,0	31,9	31,3
Veneto	18,6	18,1	29,6	25,5	20,3	18,7	23,9	20,7	22,7	20,4	22,9	20,5
Friuli Venezia Giulia	26,5	29,1	32,5	25,7	24,3	22,4	24,7	23,9	26,7	23,6	26,4	23,7
Liguria	113,4	62,8	66,5	52,7	62,5	46,9	53,9	42,3	66,9	49,3	64,7	48,1
Emilia-Romagna	26,1	24,7	20,0	19,6	20,2	17,9	23,7	20,6	20,5	18,8	21,0	19,1
Toscana	71,2	51,6	51,0	44,3	47,3	42,6	36,6	35,5	50,0	43,5	47,9	42,2
Umbria	52,3	35,9	39,8	31,4	38,9	26,7	30,1	19,2	40,0	28,4	38,4	26,9
Marche	54,2	34,7	31,2	26,7	31,4	26,1	26,3	23,2	32,9	26,8	31,8	26,2
Lazio	120,8	105,5	88,7	70,2	89,3	61,9	63,5	48,8	91,3	66,6	86,7	63,7
Abruzzo	58,9	34,7	45,2	42,8	45,1	36,4	34,2	29,7	46,1	38,0	43,9	36,5
Molise	56,2	70,6	58,2	31,5	49,3	30,0	38,8	30,9	51,9	32,8	49,4	32,4
Campania	100,8	81,4	60,1	47,0	47,6	38,0	40,0	35,4	54,0	42,6	51,5	41,3
Puglia	37,3	28,1	41,7	24,2	38,8	26,1	27,4	19,6	39,5	25,8	37,2	24,6
Basilicata	49,1	34,3	45,1	30,9	46,8	24,6	39,5	24,0	46,5	26,6	45,2	26,1
Calabria	78,2	58,9	47,8	36,5	42,1	33,9	36,9	29,6	45,8	36,0	44,1	34,9
Sicilia	64,6	15,1	45,1	18,3	42,3	19,3	42,8	17,9	44,4	18,8	44,1	18,7
Sardegna	36,5	29,0	31,0	23,3	31,4	27,5	32,9	36,2	31,6	26,5	31,9	28,2
Italia	55,4	39,6	41,8	31,6	38,3	28,0	34,1	26,0	40,4	29,6	39,3	29,0

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Tabella 3 - Primi 15 Diagnosis Related Group (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età <1 anno in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2015

Rango	DRG	N	%	% cumulata
1	390 M Neonati con altre affezioni significative	50.779	24,2	24,2
2	389 M Neonati a termine con affezioni maggiori	25.586	12,2	36,3
3	388 M Prematurità senza affezioni maggiori	16.889	8,0	44,4
4	098 M Bronchite e asma, età <18 anni	15.886	7,6	51,9
5	387 M Prematurità con affezioni maggiori	8.820	4,2	56,1
6	385 M Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	7.589	3,6	59,8
7	386 M Neonati gravemente immaturi o con sindrome da <i>distress</i> respiratorio	7.515	3,6	63,3
8	467 M Altri fattori che influenzano lo stato di salute	6.810	3,2	66,6
9	184 M Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	6.623	3,2	69,7
10	422 M Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	5.747	2,7	72,5
11	298 M Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età <18 anni	5.418	2,6	75,0
12	070 M Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni	4.733	2,3	77,3
13	322 M Infezioni del rene e delle vie urinarie, età <18 anni	3.816	1,8	79,1
14	091 M Polmonite semplice e pleurite, età <18 anni	3.179	1,5	80,6
15	137 M Malattie cardiache congenite e valvolari, età <18 anni	2.757	1,3	81,9
Totale (Primi 15 DRG)		172.147	81,9	
Totale		210.092	100,0	

M = DRG Medico.

Nota: i DRG in carattere corsivo sono quelli a rischio di non appropriatezza.**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.**Tabella 4** - Primi 15 Diagnosis Related Group (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età 1-4 anni in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2015

Rango	DRG	N	%	% cumulata
1	298 M Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età <18 anni	16.945	11,6	11,6
2	184 M Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	13.893	9,5	21,2
3	026 M Convulsioni e cefalea, età <18 anni	10.618	7,3	28,5
4	091 M Polmonite semplice e pleurite, età <18 anni	9.830	6,7	35,2
5	422 M Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	7.947	5,5	40,7
6	070 M Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni	7.496	5,1	45,8
7	098 M Bronchite e asma, età 18 anni	7.315	5,0	50,8
8	060 C Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni	6.428	4,4	55,2
9	341 C Interventi sul pene	2.173	1,5	56,7
10	087 M Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1.926	1,3	58,0
11	340 C Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età <18 anni	1.855	1,3	59,3
12	074 M Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età <18 anni	1.650	1,1	60,5
13	423 M Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	1.515	1,0	61,5
14	190 M Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età <18 anni	1.469	1,0	62,5
15	322 M Infezioni del rene e delle vie urinarie, età <18 anni	1.438	1,0	63,5
Totale (Primi 15 DRG)		92.498	63,5	
Totale		145.691	100,0	

M = DRG Medico.

C = DRG Chirurgico.

Nota: i DRG in carattere corsivo sono quelli a rischio di non appropriatezza.**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

417

Tabella 5 - Primi 15 Diagnosis Related Group (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età 5-14 anni in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2015

Rango	DRG	N	%	% cumulata	
1	184 M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	13.998	7,1	7,1
2	060 C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni	11.948	6,0	13,1
3	298 M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età <18 anni	9.291	4,7	17,7
4	026 M	Convulsioni e cefalea, età <18 anni	8.681	4,4	22,1
5	167 C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	6.739	3,4	25,5
6	225 C	Interventi sul piede	6.198	3,1	28,6
7	422 M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	4.840	2,4	31,1
8	091 M	Polmonite semplice e pleurite, età <18 anni	4.729	2,4	33,5
9	190 M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età <18 anni	4.464	2,2	35,7
10	220 C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età <18 anni	4.243	2,1	37,8
11	070 M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni	4.029	2,0	39,9
12	340 C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età <18 anni	3.727	1,9	41,7
13	224 C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	3.705	1,9	43,6
14	234 C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	3.299	1,7	45,3
15	098 M	Bronchite e asma, età <18 anni	2.602	1,3	46,6
Totale (Primi 15 DRG)			92.493	46,6	
Totale			198.534	100,0	

M = DRG Medico.

C = DRG Chirurgico.

CC = Complicazioni e/o Comorbilità.

Nota: i DRG in carattere corsivo sono quelli a rischio di non appropriatezza.**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.**Tabella 6** - Primi 15 Diagnosis Related Group (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età 15-17 anni in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2015

Rango	DRG	N	%	% cumulata	
1	503 C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3.247	4,8	4,8
2	184 M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	3.197	4,8	9,6
3	167 C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	2.904	4,3	14,0
4	026 M	Convulsioni e cefalea, età <18 anni	1.708	2,6	16,5
5	220 C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età <18 anni	1.600	2,4	18,9
6	373 M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.586	2,4	21,3
7	340 C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età <18 anni	1.457	2,2	23,4
8	538 C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.334	2,0	25,4
9	060 C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni	1.319	2,0	27,4
10	422 M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	1.224	1,8	29,2
11	267 C	Interventi perianali e pilonidali	1.151	1,7	30,9
12	430 M	Psicosi	1.023	1,5	32,5
13	190 M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età <18 anni	978	1,5	33,9
14	225 C	Interventi sul piede	966	1,4	35,4
15	229 C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	910	1,4	36,7
Totale (Primi 15 DRG)			24.604	36,7	
Totale			66.972	100,0	

M = DRG Medico.

C = DRG Chirurgico.

CC = Complicazioni e/o Comorbilità.

Nota: i DRG in carattere corsivo sono quelli a rischio di non appropriatezza.**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Tabella 7 - Ricoveri (valori assoluti e valori percentuali) per tonsillectomia e/o adenoidectomia in regime diurno e Ricovero Ordinario per regione - Anno 2015

Regioni	DRG 060 - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni			
	Regime diurno	Ricoveri Ordinari 1 giorno	Ricoveri Ordinari*	% regime diurno e ricovero breve sul totale delle dimissioni
Piemonte	45	2.663	2.776	96,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0	19	87	21,8
Lombardia	1.381	4.740	5.894	84,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>324</i>	<i>14</i>	<i>244</i>	<i>59,5</i>
<i>Trento</i>	<i>248</i>	<i>3</i>	<i>45</i>	<i>85,7</i>
Veneto	3.439	319	431	97,1
Friuli Venezia Giulia	299	437	506	91,4
Liguria	1.085	0	20	98,2
Emilia-Romagna	381	2.058	2.345	89,5
Toscana	1.008	906	938	98,4
Umbria	143	336	451	80,6
Marche	3	465	794	58,7
Lazio	1.043	1.334	1.660	87,9
Abruzzo	265	51	274	58,6
Molise	14	10	47	39,3
Campania	1.560	297	1.095	69,9
Puglia	604	338	595	78,6
Basilicata	50	161	292	61,7
Calabria	151	166	241	80,9
Sicilia	2.033	30	173	93,5
Sardegna	93	199	790	33,1
Italia	14.169	14.546	19.698	84,8

*Le dimissioni in regime ordinario sono comprensive delle dimissioni in One Day Surgery.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Tabella 8 - Ricoveri (valori assoluti e valori percentuali) per otite media e infezioni alle vie respiratorie in regime diurno e Ricovero Ordinario per regione - Anno 2015

Regioni	DRG 070 - Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni			
	Regime diurno	Ricoveri Ordinari 1 giorno	Ricoveri Ordinari*	% regime diurno e ricovero breve sul totale delle dimissioni
Piemonte	26	35	489	11,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	1	5	33,3
Lombardia	23	297	4.484	7,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5</i>	<i>42</i>	<i>229</i>	<i>20,1</i>
<i>Trento</i>	<i>0</i>	<i>12</i>	<i>84</i>	<i>14,3</i>
Veneto	54	38	642	13,2
Friuli Venezia Giulia	17	26	133	28,7
Liguria	31	13	242	16,1
Emilia-Romagna	34	105	869	15,4
Toscana	138	28	339	34,8
Umbria	4	36	322	12,3
Marche	4	28	267	11,8
Lazio	1.176	242	1.724	48,9
Abruzzo	99	29	355	28,2
Molise	15	9	130	16,6
Campania	698	197	1.656	38,0
Puglia	123	238	1.995	17,0
Basilicata	5	19	134	17,3
Calabria	80	130	714	26,4
Sicilia	37	210	1.653	14,6
Sardegna	7	65	428	16,6
Italia	2.577	1.800	16.894	22,5

*Le dimissioni in regime ordinario sono comprensive delle dimissioni in One Day Surgery.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

419

Tabella 9 - Ricoveri (valori assoluti e valori percentuali) per esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente in regime diurno e Ricovero Ordinario per regione - Anno 2015

Regioni	DRG 184 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni			
	Regime diurno	Ricoveri Ordinari 1 giorno	Ricoveri Ordinari*	% regime diurno e ricovero breve sul totale delle dimissioni
Piemonte	278	15	69	84,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7	1	2	88,9
Lombardia	950	266	628	77,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	50	4	8	93,1
<i>Trento</i>	62	9	14	93,4
Veneto	449	65	320	66,8
Friuli Venezia Giulia	244	26	71	85,7
Liguria	259	6	56	84,1
Emilia-Romagna	298	30	163	71,1
Toscana	599	27	72	93,3
Umbria	21	3	17	63,2
Marche	96	43	95	72,8
Lazio	2.480	168	433	90,9
Abruzzo	472	11	45	93,4
Molise	27	0	4	87,1
Campania	1.895	33	258	89,5
Puglia	743	83	289	80,0
Basilicata	151	7	26	89,3
Calabria	944	22	262	80,1
Sicilia	150	15	94	67,6
Sardegna	144	11	53	78,7
Italia	10.319	845	2.979	84,0

*Le dimissioni in regime ordinario sono comprensive delle dimissioni in One Day Surgery.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Mobilità ospedaliera in età pediatrica

Significato. Con l'analisi della mobilità ospedaliera si prendono in considerazione gli spostamenti dei pazienti, in età pediatrica (0-17 anni), dalla propria regione di residenza a quella di ricovero, per essere sottoposti a cure ed interventi chirurgici.

Spesso le ragioni di questi spostamenti possono essere di varia natura e non sempre immediatamente misurabili. Le motivazioni possono essere ricondotte alla ricerca di strutture ospedaliere di alta specialità o che, notoriamente, sono ritenute più specializzate di altre nel trattare determinate patologie e, quindi, al maggior grado di fiducia di cui godono, aspetto di rilevante importanza nel caso dei pazienti pediatrici. Si può anche rilevare una mobilità di "confine" verso strutture extra-regionali situate in zone limitrofe ai confini regionali, per cui la mobilità è giustificata dalla vicinanza geografica o dalla maggiore facilità di accesso alle cure. Inoltre, la mobilità ospedaliera può essere ricondotta ai casi di pazienti che necessitano di assistenza ospedaliera e sono domiciliati in una regione diversa da quella propria di residenza, anche se per i pazienti in età pediatrica tale assunto dovrebbe, però, essere marginale. Infine, esiste una migrazione "evitabile" dovuta ad una inadeguata allocazione dei presidi diagnostico-terapeutici, a disinformazione o ad inefficienze delle strutture locali.

Il fenomeno della mobilità ospedaliera di una regione esprime la capacità di attrarre pazienti che risiedono in altre regioni e, in tal caso, si parla di mobilità atti-

va, mentre la tendenza dei pazienti ad emigrare fuori regione viene detta mobilità passiva.

La matrice di mobilità ospedaliera, determinata dalla regione di ricovero per riga e regione di residenza o provenienza per colonna, consente di calcolare gli indicatori atti a misurare l'intensità del fenomeno.

Gli indicatori in questione sono l'indice di attrazione e l'indice di fuga.

Analizzando il fenomeno della mobilità, emerge anche una mobilità di tipo internazionale. Ci si limita, in questo contesto, all'assistenza ospedaliera erogata, in Italia, a cittadini residenti all'estero. Questo fenomeno assume particolare rilievo, tenendo conto delle indicazioni europee stilate nella Direttiva 2011/24/UE che mirano ad agevolare l'accesso ad una assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità nell'Unione Europea e a garantire la mobilità dei pazienti.

Le amministrazioni regionali sono particolarmente interessate al fenomeno della mobilità ospedaliera per gli effetti finanziari che da essa scaturiscono. Con il DM 18 ottobre 2012, il Ministero della Salute ha fissato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Trattasi di tariffe omnicomprensive degli episodi di ricovero cui le Regioni devono tener conto nell'adozione del proprio sistema tariffario.

Indice di attrazione

$$\text{Indice di attrazione} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Σ dimissioni in mobilità attiva (pazienti in età pediatrica residenti in altre regioni)

Denominatore Σ dimissioni effettuate in regione (pazienti in età pediatrica ovunque residenti)

Indice di fuga

$$\text{Indice di fuga} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Σ dimissioni in mobilità passiva (pazienti in età pediatrica residenti in regione ricoverati in altre regioni)

Denominatore Σ dimissioni di residenti in regione (pazienti in età pediatrica ovunque ricoverati)

Validità e limiti. La validità ed i limiti dell'analisi sulla mobilità ospedaliera si riferiscono alla qualità dell'informazione relativa alla regione di residenza del paziente, che è andata migliorando nel tempo e può essere considerata di elevata affidabilità. Per quanto riguarda la lettura dei dati, occorre prestare particolare cautela ai dati relativi alle regioni di dimensioni demografiche ridotte, per le quali è da considerare fisiologico il flusso di esodo che riguarda prestazioni altamente specialistiche alle quali è ragionevole non trovare rispondenza nelle strutture locali. Inoltre, per definire più puntualmente le motivazioni

che sottendono la mobilità sanitaria, occorrerebbe approfondire il fenomeno analizzando i settori nosologici che più incidono sulla migrazione.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Accordo Stato-Regioni per il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, all'art. 19 dedicato alla mobilità interregionale, stabilisce che le Regioni individuino adeguate strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria. Detti accordi dovrebbero prevenire fenomeni distorsivi indotti dalle differenze tariffarie adottate

dalle Regioni e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale. Le Regioni dovrebbero anche definire collaborazioni interregionali tali da conseguire un miglioramento dei risultati organizzativi rispetto a quelli che si avrebbero se ci si limitasse ad una scala organizzativa ristretta al proprio ambito territoriale. Infine, dovrebbero essere individuati meccanismi di controllo su eventuali comportamenti opportunistici di alcuni soggetti del sistema, definendo tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda.

Descrizione dei risultati

Le tabelle che seguono presentano l'entità della mobilità per regione in termini di numerosità delle dimissioni in età pediatrica e relativi indici di attrazione e fuga. L'analisi viene presentata nella Tabella 1 e nella Tabella 2 relativamente all'attività per acuti e distintamente per regime di ricovero, con un confronto per gli anni 2010 e 2015. Nelle tabelle, per ogni regione di ricovero, si riportano anche le dimissioni dei residenti all'estero.

La mobilità dei ricoveri in età pediatrica per acuti in regime ordinario presenta, complessivamente, una diminuzione nei valori assoluti: si passa da 61.778 dimissioni in mobilità nel 2010 a 54.901 nel 2015 (Tabella 1). Nel 2010, tutte le regioni del Meridione, insieme a Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Umbria e Marche, presentano un saldo negativo dei ricoveri in mobilità, mentre tra le più attrattive si segnalano la Liguria ed il Lazio. Nel 2015, il saldo di mobilità negativo è confermato per le stesse regioni già rilevate nel 2010, oltre che per il Veneto e la PA di Bolzano. Risultano, invece, attrattive il Lazio e l'Emilia-Romagna. Consistenti saldi positivi si rilevano anche per la Toscana e la Liguria.

Il numero complessivo delle dimissioni in mobilità in età pediatrica per acuti in regime diurno presenta i seguenti valori assoluti: 45.427 dimissioni nel 2010 e 40.830 nel 2015 (Tabella 2). Anche in questo caso, per il 2010, le regioni del Meridione presentano saldi negativi dei ricoveri diurni per acuti, oltre a Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Veneto, Umbria e Marche. I più accentuati saldi negativi, nel 2010, si riscontrano in Campania e in Calabria. I saldi positivi più elevati si rilevano nel Lazio e con un certo distacco in Liguria. Nel 2015, si confermano i saldi negativi delle regioni già rilevate nel 2010, con Lombardia e PA di Bolzano che subiscono una inversione del saldo. Tra le regioni a saldo positivo, nel 2015, si segnalano il Lazio, la Liguria e la Toscana che registrano un incremento rispetto al 2010.

In termini percentuali, considerando entrambi i regimi di ricovero (ordinario e diurno), la Liguria raggiunge i valori più elevati della mobilità attiva, sia nel 2010 che nel 2015; in quest'ultimo anno raggiunge la percentuale del 31,2% di attrazione per le dimissioni da

reparti per acuti in regime ordinario e del 36,4% per quelle in regime diurno. Per quanto riguarda la mobilità passiva, come preliminarmente osservato nella sezione "Validità e limiti", si denota che, generalmente, le regioni meno estese raggiungono elevate percentuali di residenti in età pediatrica dimessi fuori regione. Nello specifico, per quanto concerne le dimissioni in età pediatrica per acuti in regime diurno, Umbria, Molise e Basilicata raggiungono, nel 2015, una percentuale di emigrazione superiore al 50%; per le dimissioni per acuti in regime ordinario i valori più elevati della percentuale di emigrazione, sempre nel 2015, si riscontrano in Molise, Basilicata e Valle d'Aosta.

Un *focus* sulle regioni in Piano di Rientro e sulla dinamica della mobilità ospedaliera in età pediatrica per acuti in regime ordinario nel periodo 2010-2015 consente di evidenziare che, a parte il Lazio, anche il Piemonte, l'Abruzzo, il Molise, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia denotano un aumento dell'indice di fuga. Tale aumento risulta consistente specialmente per la Calabria e l'Abruzzo che, dal 2010 al 2015, passano, rispettivamente, da una percentuale del 16,0% al 19,2% e dal 15,9% al 17,7%. Il saldo positivo della mobilità ospedaliera in età pediatrica nel Lazio è dovuto all'attività svolta dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, definito Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, con giurisdizione extraterritoriale essendo di pertinenza dello Stato estero Città del Vaticano. Esso costituisce un polo attrattivo per le cure pediatriche in regime ordinario e diurno tanto per i residenti nel Lazio quanto per i residenti nelle regioni in Mzzogiorno.

Relativamente alle dimissioni in età pediatrica per acuti in regime diurno, aumenta l'indice di fuga, in particolare in Sicilia (da 7,1% a 18,2%) ed in Molise (da 54,3% a 65,0%); più contenuto è l'aumento dell'indice di fuga per le rimanenti regioni.

Infine, le tabelle riportano anche le dimissioni dei residenti all'estero. Dai dati a disposizione, si osserva come le dimissioni di questi pazienti non siano uniformemente distribuite sul territorio nazionale, sia per quanto concerne le dimissioni per acuti in regime ordinario che in regime diurno. In termini assoluti, a livello nazionale e dal 2010 al 2015, si rileva un netto incremento delle dimissioni dei residenti all'estero; le dimissioni in età pediatrica per acuti in regime ordinario passano, infatti, da 1.000 nel 2010 a 9.915 nel 2015, mentre le dimissioni per acuti in regime diurno passano da 400 nel 2010 a 2.609 nel 2015. Il maggior numero di dimissioni per acuti in regime ordinario si registra in Lombardia, nel Lazio ed in Puglia, dove nel 2015 si superano le 1.000 dimissioni; per quanto concerne le dimissioni in regime diurno, i valori più elevati si rilevano sempre in Lombardia (468 dimissioni per residenti all'estero nel 2015) e nel Lazio (540 dimissioni per residenti all'estero nel 2015).

L'aumento delle dimissioni di residenti all'estero, dal

2010 al 2015, è generalizzato in tutte le regioni, sia per quanto riguarda il regime ordinario che quello diurno, con l'unica eccezione della Basilicata, che passa da 3 dimissioni di residenti all'estero in età pediatrica in regime diurno nel 2010 a nessuna dimissione nel 2015 e della PA di Bolzano, che passa da 8 dimissioni di residenti all'estero in età pediatrica in

regime diurno nel 2010 a 6 dimissioni nel 2015.

Una trattazione più approfondita consentirebbe anche di stabilire l'esatta provenienza geografica dei residenti all'estero e, quindi, se di provenienza da Paesi dell'Unione Europea o extra europea.

Per una analisi di questo tipo si rimanda a trattazioni specifiche sull'argomento.

Tabella 1 - *Indice di attrazione, fuga, saldo e residenti all'estero (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere per acuti in età pediatrica in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anni 2010, 2015*

Regioni	2010						2015					
	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero
	Dimessi	%	Dimessi	%			Dimessi	%	Dimessi	%		
Piemonte	1.941	4,3	3.958	8,5	-2.017	57	1.677	4,5	3.401	8,7	-1.724	507
Valle d'Aosta	83	7,5	435	29,9	-352	13	89	8,6	378	28,5	-289	39
Lombardia	7.984	5,8	5.848	4,3	2.136	108	7.205	6,9	4.898	4,8	2.307	1.412
Bolzano-Bozen	547	8,2	392	6,0	155	37	346	6,3	405	7,3	-59	288
Trento	345	7,9	951	19,0	-606	39	258	7,8	867	22,1	-609	98
Veneto	3.645	8,7	3.420	8,2	225	68	2.837	8,4	3.186	9,3	-349	708
Friuli Venezia Giulia	1.388	15,3	925	10,7	463	44	1.253	15,5	840	11,0	413	234
Liguria	7.171	33,6	1.543	9,8	5.628	59	5.155	31,2	1.489	11,6	3.666	607
Emilia-Romagna	7.952	15,3	3.585	7,5	4.367	78	7.690	16,7	3.146	7,6	4.544	784
Toscana	6.233	15,9	2.487	7,0	3.746	80	5.976	19,3	2.183	8,0	3.793	801
Umbria	1.457	13,6	1.789	16,2	-332	26	1.323	16,2	1.761	20,5	-438	109
Marche	2.046	11,8	2.187	12,5	-141	1	1.489	10,9	2.255	15,6	-766	108
Lazio	9.584	12,6	4.279	6,1	5.305	100	9.753	14,3	3.584	5,8	6.169	1.186
Abruzzo	1.480	8,1	3.160	15,9	-1.680	33	1.238	8,4	2.894	17,7	-1.656	86
Molise	648	18,6	1.094	27,8	-446	10	652	19,8	1.095	29,2	-443	12
Campania	2.057	2,6	7.374	8,6	-5.317	67	1.757	2,9	6.583	10,0	-4.826	782
Puglia	2.839	4,0	5.426	7,3	-2.587	58	2.490	4,3	4.845	8,1	-2.355	1.035
Basilicata	753	13,9	1.796	27,9	-1.043	14	910	18,8	1.525	28,0	-615	24
Calabria	948	3,8	4.580	16,0	-3.632	29	683	3,7	4.204	19,2	-3.521	216
Sicilia	1.940	2,4	5.130	6,0	-3.190	42	1.588	2,8	4.153	7,0	-2.565	639
Sardegna	737	3,5	1.419	6,6	-682	37	532	3,2	1.209	7,0	-677	240

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Tabella 2 - *Indice di attrazione, fuga, saldo e residenti all'estero (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere per acuti in età pediatrica in regime diurno per regione - Anni 2010, 2015*

Regioni	2010						2015					
	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero
	Dimessi	%	Dimessi	%			Dimessi	%	Dimessi	%		
Piemonte	543	4,1	2.446	16,0	-1.903	22	357	3,9	2.198	20,1	-1.841	129
Valle d'Aosta	3	1,2	239	48,2	-236	0	30	8,6	180	36,1	-150	0
Lombardia	3.370	9,5	2.751	7,9	619	54	2.510	10,4	2.724	11,2	-214	468
Bolzano-Bozen	203	6,2	109	3,4	94	8	100	4,1	122	5,0	-22	6
Trento	183	7,1	676	22,0	-493	13	132	5,0	514	17,0	-382	28
Veneto	1.800	9,6	1.855	9,8	-55	21	1.845	11,1	2.055	12,2	-210	128
Friuli Venezia Giulia	885	16,8	423	8,8	462	32	1.058	21,5	484	11,1	574	87
Liguria	6.009	31,0	722	5,1	5.287	42	5.613	36,4	728	6,9	4.885	311
Emilia-Romagna	3.144	20,3	1.903	13,4	1.241	30	2.744	19,2	2.013	14,8	731	186
Toscana	4.605	15,6	1.687	6,4	2.918	41	6.362	21,8	1.396	5,8	4.966	301
Umbria	389	12,9	2.629	50,0	-2.240	5	137	9,3	2.389	64,2	-2.252	20
Marche	848	11,7	1.428	18,2	-580	1	563	10,3	1.502	23,5	-939	20
Lazio	19.145	19,9	1.870	2,4	17.275	55	16.594	21,6	1.654	2,7	14.940	540
Abruzzo	739	11,2	3.332	36,3	-2.593	4	727	13,5	2.868	38,2	-2.141	5
Molise	148	11,8	1.320	54,3	-1.172	0	94	15,4	963	65,0	-869	0
Campania	977	1,8	7.395	12,4	-6.418	31	842	2,1	6.468	14,2	-5.626	175
Puglia	563	2,4	4.450	16,2	-3.887	13	400	2,9	3.854	22,4	-3.454	133
Basilicata	489	14,7	1.559	35,5	-1.070	3	200	15,6	1.252	53,6	-1.052	0
Calabria	207	1,9	4.655	30,2	-4.448	5	144	1,8	3.495	30,3	-3.351	9
Sicilia	1.137	2,9	2.946	7,1	-1.809	12	358	2,6	3.021	18,2	-2.663	46
Sardegna	40	0,6	1.032	13,1	-992	8	20	0,3	950	14,1	-930	17

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Raccomandazioni di Osservasalute

La mobilità sanitaria rappresenta un fenomeno alquanto rilevante in termini quantitativi ed un aspetto di interesse nella programmazione sanitaria regionale e nazionale.

Una valutazione della sua entità costituisce un indicatore dei Livelli Essenziali di Assistenza che le Regioni sono tenute ad assicurare e un possibile indicatore di ineguaglianze nell'accesso ai servizi.

La mobilità passiva, in particolare, può costituire un costo rilevante per le Regioni. Pertanto, è importante che ciascuna valuti attentamente i motivi che spingono i pazienti, in età pediatrica, a cercare prestazioni di assistenza ospedaliera al di fuori di quella propria di residenza.

Una analisi attenta può essere di stimolo ad avviare azioni migliorative sulla qualità delle prestazioni ospedaliere erogate nel proprio ambito territoriale.

Complessità dei ricoveri in età pediatrica ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni

Significato. La degenza media rappresenta il più semplice ed immediato indicatore di analisi di efficienza dell'attività di ricovero ospedaliero, ma risente dell'effetto confondente di una diversa composizione e complessità della casistica osservata per ciascun erogatore di prestazioni ospedaliere in regime di ricovero. Per ovviare a tale problema, la degenza viene standardizzata per *case-mix* ed il risultato della standardizzazione è la degenza media che si osserverebbe se la casistica trattata, ad esempio in una struttura di ricovero o nelle strutture di ricovero di una regione, fosse analoga, per composizione e complessità, ad un dato standard di riferimento che può, ad esempio, coincidere con la casistica complessivamente osservata a livello nazionale.

Limitandoci all'attività per acuti, la degenza media standardizzata per *case-mix* viene calcolata applicando la seguente formula:

$$T_r^i = 10.000 * \sum_{x=1}^{\omega} D_{x,r}^i / \sum_{x=1}^{\omega} P_{x,r}$$

Significato delle variabili: $gg_deg_{i,R}$ = numero di giornate di degenza; $dim_{i,R}$ = numero di dimissioni da reparti per acuti in regime di Ricovero Ordinario per l'*i-esimo* DRG nella regione R; $dim_{i,N}$ = numero di dimissioni per l'*i-esimo* DRG della casistica standard, ossia quella osservata a livello nazionale.

L'Indice Comparativo di *Performance* (ICP) e l'Indice di *Case-Mix* (ICM) forniscono ulteriori indicazioni per una valutazione della complessità e dell'efficienza degli erogatori, in particolar modo se i suddetti indicatori sono letti congiuntamente.

L'ICP viene calcolato come rapporto fra la degenza media standardizzata per *case-mix* di un dato erogatore e la degenza media dello standard di riferimento.

Pertanto, l'ICP consente di misurare e confrontare l'efficienza dei diversi erogatori rispetto allo standard considerato. Valori dell'indicatore al di sopra dell'unità indicano una efficienza inferiore rispetto allo standard di riferimento, poiché la degenza media, depurata dagli effetti confondenti, è più lunga della degenza media di confronto. Valori inferiori all'unità rispecchiano una

efficienza superiore rispetto allo standard di riferimento, poiché la degenza media standardizzata è più breve della degenza media dello standard di riferimento.

L'ICM, invece, offre uno strumento di confronto per la diversa complessità della casistica trattata ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero rilevato per un certo erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard rilevata, complessivamente, a livello nazionale. In questo caso, valori dell'indice superiori all'unità indicano una casistica con complessità maggiore rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una casistica con complessità inferiore.

Il peso medio del ricovero viene calcolato applicando la seguente formula:

$$pm_R = \frac{\sum_{i \in DRG} p_i \cdot dim_{i,R}}{\sum_{i \in DRG} dim_{i,R}}$$

Significato delle variabili: p_i = peso relativo dell'*i-esimo* DRG; $dim_{i,R}$ = numero di dimissioni da reparti per acuti in regime di Ricovero Ordinario per l'*i-esimo* DRG nella regione R.

Si evidenzia, a tal proposito, che i pesi per ciascun DRG costituiscono il sistema di pesi relativi alla 24ª versione del sistema DRG, indicati con il DM 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere".

Il peso relativo del DRG fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG: maggiore è il peso del ricovero, più elevato è il carico assistenziale della corrispondente casistica. Conseguentemente, il peso relativo può essere

impiegato come indicatore *proxy* della complessità del ricovero, in base all'ipotesi di correlazione positiva fra complessità clinica e consumo di risorse.

La lettura congiunta dell'ICM e dell'ICP, su un grafico a quattro quadranti, risulta particolarmente significativa. Si riportano sull'asse delle ascisse i valori dell'ICM e sull'asse delle ordinate i valori dell'ICP. I due quadranti superiori (ICP >1) sono caratterizzati da una degenza media standardizzata superiore allo standard di riferimento ed i due quadranti a destra (ICM >1) individuano una maggiore complessità della casistica rispetto allo standard di riferimento.

Validità e limiti. Nell'ambito dell'analisi sull'attività ospedaliera per pazienti in età pediatrica (0-17 anni) è stata considerata la complessità ed efficienza delle prestazioni erogate in regime di RO da reparti per acuti, limitatamente alle strutture pubbliche e private accreditate.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Accordo Stato-Regioni per il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, introduce indicatori e standard di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfazione dei bisogni dei cittadini, oltre a garantire un maggiore controllo della spesa.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 riporta un confronto degli ICM e degli ICP, per regione di ricovero, relativi al 2010 e al 2015. Le rappresentazioni grafiche sono riportate, rispettivamente, nel Grafico 1 e nel Grafico 2.

Inoltre, considerato il numero esiguo di strutture ospedaliere pediatriche o che svolgono una attività prevalentemente pediatrica, il cui elenco è fornito dalla Tabella 2, sono stati calcolati gli ICM e gli ICP per ciascuna di queste strutture ospedaliere. Il Grafico 3 e il Grafico 4 forniscono un confronto dei suddetti indici per ciascuna struttura, sulle dimissioni in regime ordinario da reparti per acuti negli anni 2010 e 2015.

Il confronto dei valori ICM (Tabella 1) evidenzia taluni cambiamenti, relativi alla complessità della casistica ospedaliera trattata, dal 2010 al 2015. Detti cambiamenti riguardano tutte le regioni, seppure con diversa intensità. In particolare, si rileva una generale diminuzione nella complessità dei ricoveri pediatrici in tutte le regioni meridionali e in alcune del Centro. Tra queste regioni si osservano riduzioni maggiori della complessità in Molise e Basilicata. Relativamente alle regioni insulari, si rileva il decremento dell'indice per i ricoveri effettuati in Sardegna, mentre aumenta l'ICM per i ricoveri effettuati in Sicilia. Per quanto riguarda le altre regioni, si evidenzia un considerevole aumento della complessità dei ricoveri nella PA di Trento e in Liguria.

Anche il confronto dei valori relativi all'ICP, del 2010 e 2015, evidenzia taluni considerevoli cambiamenti di *performance* regionali. È opportuno rilevare le riduzioni consistenti per la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano e il Molise. Il massimo incremento dell'indice è quello che si rileva in Sicilia.

La rappresentazione grafica congiunta dei due indici relativi consente di confrontare il posizionamento di ciascuna regione nei quattro quadranti ed il loro cambiamento di collocazione negli anni posti a confronto.

Nel quadrante inferiore destro (ICM >1, ICP <1) si collocano gli erogatori che appaiono di alta efficienza, caratterizzati da una casistica ad alta complessità ed una degenza media più breve rispetto allo standard di riferimento. Nel confrontare il Grafico 1 e 2 per il 2010 e per il 2015,

si rileva che mantengono la loro posizione nel quadrante inferiore destro, per entrambi gli anni, il Friuli Venezia Giulia e la Toscana.

Nel quadrante superiore destro (ICM >1, ICP >1) si collocano gli erogatori con degenze medie di durata superiore a quella standard di riferimento, ma che può essere giustificata dalla maggiore complessità della casistica.

Pertanto, la più lunga durata della degenza può non essere imputabile solo ad inefficienze organizzative. Dai grafici si rileva che il Lazio e la Liguria mantengono la loro collocazione nel quadrante superiore destro in ambedue gli anni a confronto. In particolare, nel 2015 il posizionamento della Liguria subisce un ampio slittamento per effetto della maggiore complessità della casistica trattata, con contenimento, però, della degenza media.

Nel quadrante inferiore sinistro (ICM <1, ICP <1) si definisce l'area caratterizzata da minore degenza media rispetto allo standard, che appare non dovuta ad alta efficienza organizzativa, ma ad una casistica meno complessa di quella standard di riferimento. Questo è il quadrante in cui si colloca il maggior numero delle regioni per entrambi gli anni a confronto. In particolare mantengono questa posizione in ambedue i grafici l'Abruzzo, la Basilicata, la Calabria, il Molise, la Puglia e l'Umbria.

Infine, nel quadrante superiore sinistro (ICM <1, ICP >1) si collocano gli erogatori con durata della degenza media più alta, sebbene la casistica presenti una complessità più bassa rispetto allo standard. In questo caso è, forse, possibile che possa esserci una qualche inefficienza organizzativa. Si trovano collocate in questo quadrante la Lombardia, la Sardegna e la Sicilia, in entrambi i grafici. La Tabella 2 riporta l'elenco delle strutture ospedaliere pediatriche o che svolgono attività prevalentemente rivolta alla popolazione pediatrica. Tali strutture sono considerate centri di riferimento a livello nazionale.

Anche per queste strutture sono stati calcolati gli indici per una analisi sulla complessità dei ricoveri e sull'efficienza delle prestazioni erogate per gli anni 2010 e 2015 (Grafico 3, Grafico 4). Le suddette strutture sono identificabili nei grafici dai loro rispettivi codici. Per la lettura dei dati si richiama l'attenzione sulla variazione del codice identificativo dell'Ospedale Regina Margherita di Torino e dell'Ospedale Filippo Del Ponte di Varese, tra gli anni 2010 e 2015, come indicato in Tabella 2. Inoltre, non essendo presenti i dati di attività delle strutture ospedaliere Santissima Annunziata di Napoli e Giovanni XXIII di Bari nella banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera relativa al 2010, gli indicatori di complessità ed efficienza per queste strutture sono state calcolate per il solo anno 2015. Pertanto, per queste strutture non vi è possibilità di confronto temporale degli indicatori.

Nel quadrante inferiore destro (ICM >1, ICP <1) si colloca l'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze per entrambi gli anni posti a confronto.

Non ci sono variazioni particolarmente significative nel quadrante superiore destro (ICM >1, ICP >1), dove vi è la maggiore presenza di Istituti in entrambi gli anni. Si

evidenzia, tuttavia, lo slittamento dell'Ospedale Pausilipon di Napoli verso l'estremità alta del quadrante, per effetto dell'aumento del relativo ICP. Anche l'Istituto Giannina Gaslini di Genova modifica la sua collocazione nel raffronto temporale, per effetto della considerevole maggiore complessità nei ricoveri effettuati nel 2015.

Nel quadrante inferiore sinistro (ICM <1, ICP <1) permangono, in ambedue gli anni, l'Ospedale Infantile

Cesare Arrigo di Alessandria, il Presidio Ospedaliero Vittore Buzzi di Milano e l'Ospedale dei Bambini Giovanni di Cristina di Palermo.

Infine, non ci sono variazioni particolarmente significative nel quadrante superiore sinistro (ICM <1, ICP >1), dove si confermano negli anni a confronto l'Ospedale Filippo Del Ponte di Varese, la Fondazione Stella Maris Calabrone di Pisa e l'Ospedale Santobono di Napoli.

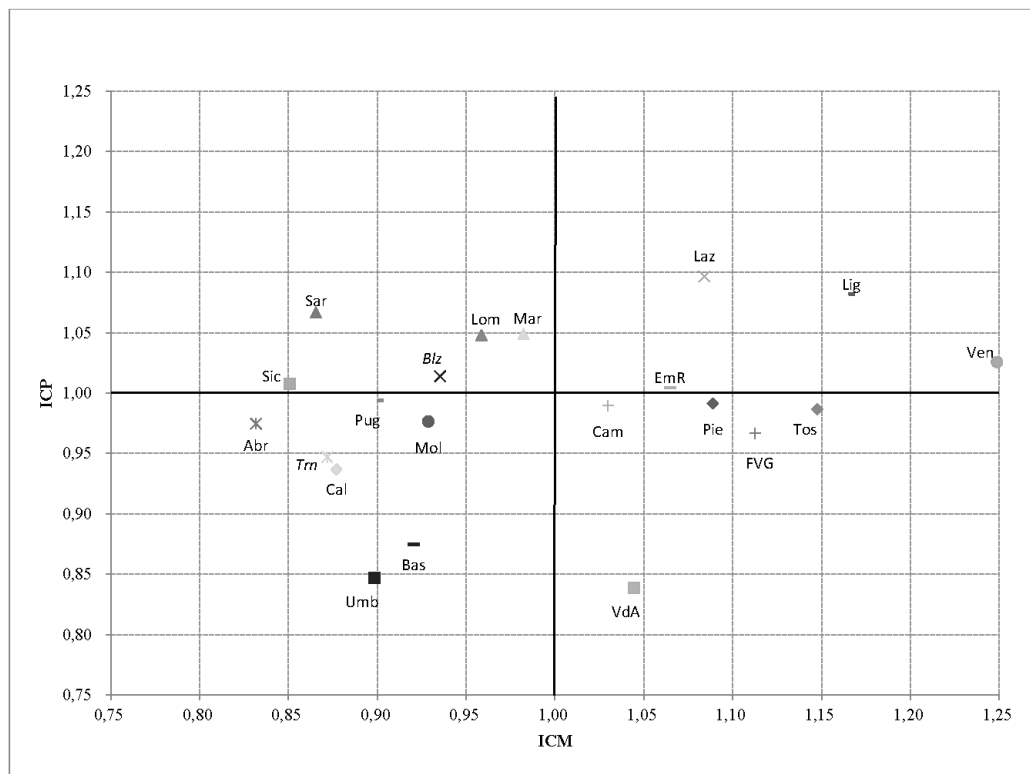
Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere in età pediatrica: Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anni 2010, 2015

Regioni	2010		2015	
	ICM	ICP	ICM	ICP
Piemonte	1,089	0,991	0,988	1,025
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,044	0,839	0,956	0,712
Lombardia	0,959	1,048	0,995	1,075
Bolzano-Bozen	0,935	1,014	0,907	0,904
Trento	0,872	0,947	1,032	0,957
Veneto	1,249	1,026	1,246	0,982
Friuli Venezia Giulia	1,113	0,967	1,075	0,993
Liguria	1,165	1,082	1,279	1,037
Emilia-Romagna	1,065	1,004	1,069	0,979
Toscana	1,148	0,987	1,211	0,992
Umbria	0,898	0,847	0,933	0,857
Marche	0,982	1,049	0,993	0,972
Lazio	1,084	1,097	1,033	1,053
Abruzzo	0,832	0,975	0,788	0,923
Molise	0,929	0,976	0,820	0,825
Campania	1,030	0,989	1,011	1,006
Puglia	0,900	0,994	0,860	0,962
Basilicata	0,920	0,875	0,797	0,893
Calabria	0,877	0,937	0,797	0,869
Sicilia	0,851	1,008	0,909	1,089
Sardegna	0,865	1,067	0,836	1,018
Italia	1,000	1,000	1,000	1,000

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

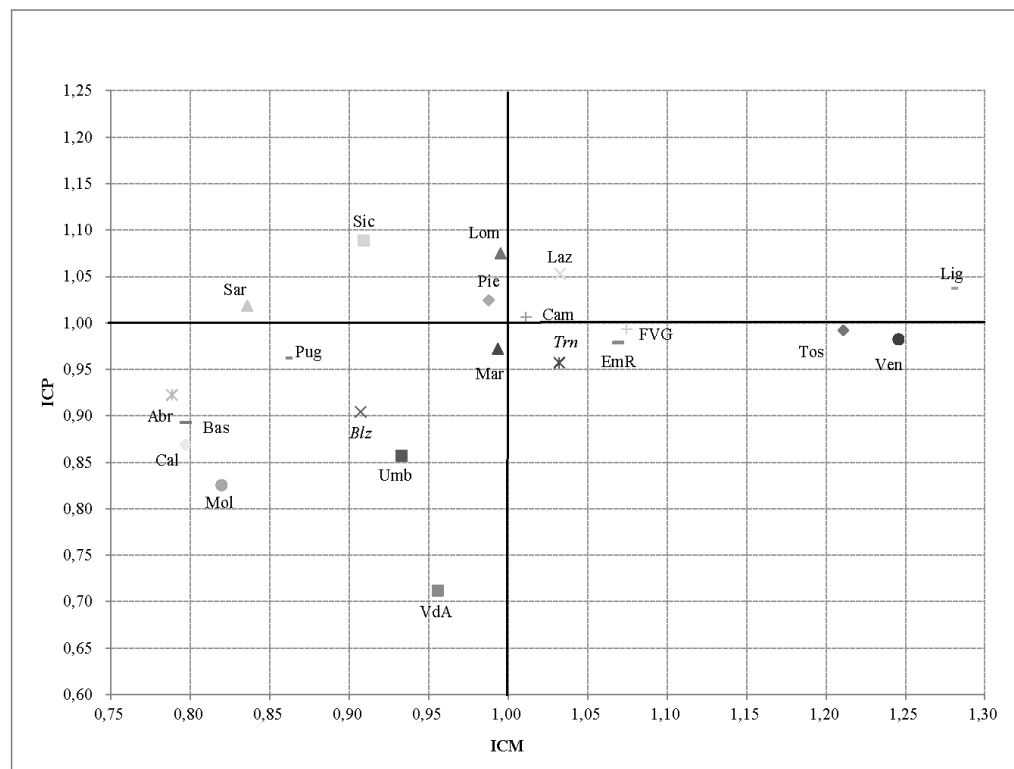
ASSISTENZA OSPEDALIERA

Grafico 1 - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per regione - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Grafico 2 - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per regione - Anno 2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

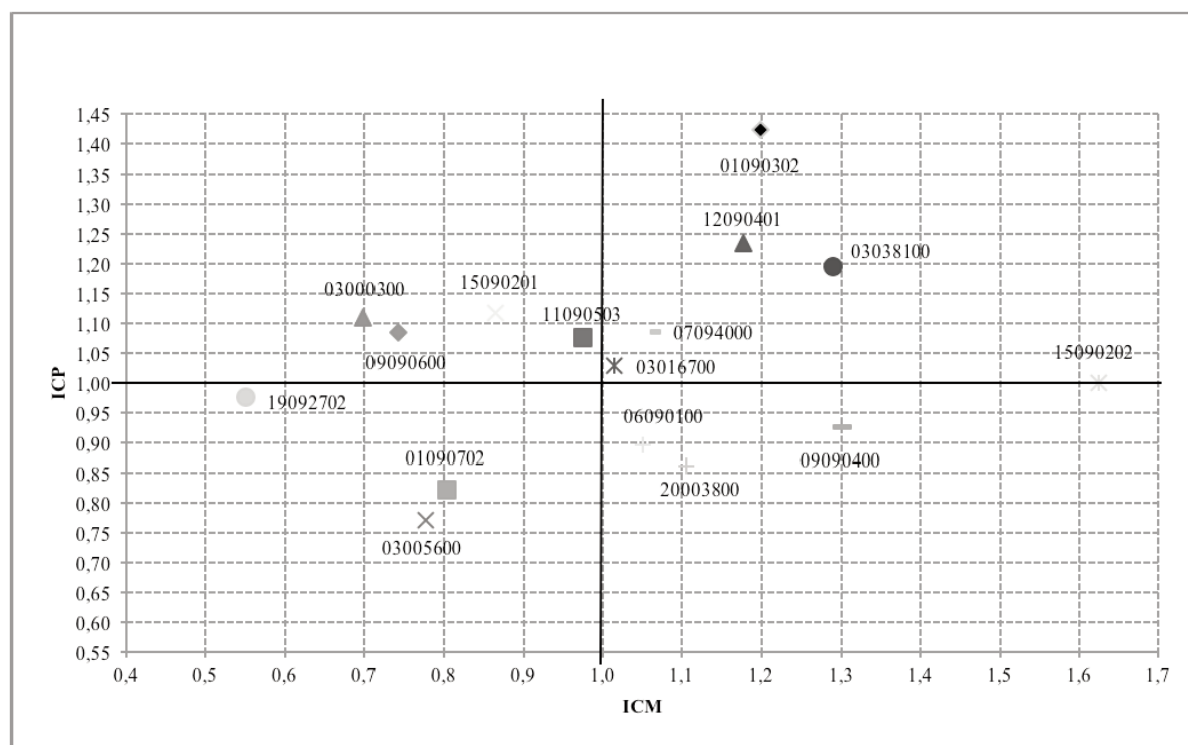
Tabella 2 - Strutture ospedaliere pediatriche

Codice	Denominazione dell'ospedale
01090302 *	Ospedale infantile Regina Margherita - Torino (TO)
01090907**	Ospedale infantile Cesare Arrigo - Alessandria (AL)
01090702	Ospedale infantile Cesare Arrigo - Alessandria (AL)
03000300*	Ospedale Filippo Del Ponte - Varese - (VA)
03090102**	Ospedale Filippo Del Ponte - Varese - (VA)
03005600	Ospedale dei bambini Vittore Buzzi - Milano (MI)
03016700	Ospedale dei bambini Umberto I - Brescia (BS)
03038100	Fondazione Monza e Brianza per il bambino - Monza (MI)
06090100	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo - Trieste (TS)
07094000	Istituto Giannina Gaslini - Genova (GE)
09090400	Azienda Ospedaliera Meyer - Firenze (FI)
09090600	Fondazione Stella Maris - Calambrone - (PI)
11090503	Presidio Ospedaliero G. Salesi - Ancona (AN)
12090401	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Roma (RM)
15090201	Ospedale Santobono - Napoli (NA)
15090202	Ospedale Pausilipon - Napoli (NA)
15090203	Ss Annunziata Na Est - Napoli (NA)
16090702	Giovanni XXIII - Bari (BA)
19092702	Ospedale dei bambini G. di Cristina - Palermo (PA)
20003800	Ospedale Microcitemico - Cagliari (CA)

*Codice struttura 2010.

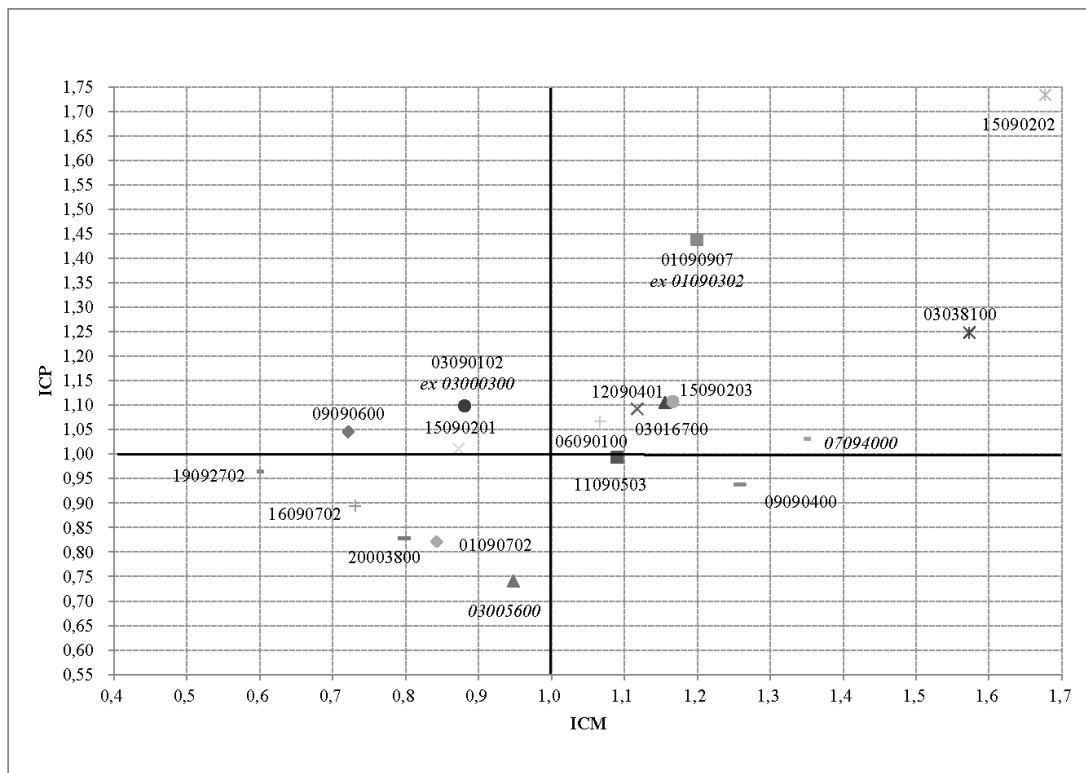
**Codice struttura 2014.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Anagrafica Strutture di Ricovero HSP.11 e HSP.11.bis. Anno 2015.

Grafico 3 - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per gli ospedali pediatrici - Anno 2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Grafico 4 - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per gli ospedali pediatrici - Anno 2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le rappresentazioni sopra descritte di lettura congiunta della complessità e dell'efficienza ospedaliera sono, ovviamente, descrizioni sintetiche, ma possono essere

di ausilio per i decisori locali per perfezionare i modelli logistico-organizzativi e coniugare al meglio complessità, efficienza ed economicità dell'assistenza.

Mobilità ospedaliera

Significato. In media, in Italia, circa l'8% dei ricoveri avviene in mobilità e, pertanto, il fenomeno assume una certa rilevanza e merita di essere valutato ed interpretato per comprenderne i determinanti, le dinamiche e i riflessi che comporta nell'ambito del sistema di offerta del nostro Servizio Ospedaliero.

Peraltro, il fenomeno, del tutto fisiologico se limitato ad una piccola quota di popolazione, è ampiamente dibattuto e negli ultimi anni è notevolmente aumentato il contributo della letteratura scientifica nazionale ed internazionale su questo argomento (1-4). Una revisione sistematica della letteratura identifica nell'accessibilità alle cure e alle strutture dell'offerta, o meglio nella sua incapacità di soddisfare la domanda, il fattore chiave all'origine dei flussi migratori dei pazienti (2).

A livello socio-sanitario, la mobilità si configura come un flusso di pazienti che ricorrono a cure al di fuori della propria regione di residenza. Le motivazioni principali della mobilità possono essere la ricerca di strutture ospedaliere di alta specialità o che, notoriamente, sono ritenute più specializzate e qualificate di altre nel trattare determinate patologie.

Inoltre, si può rilevare una mobilità verso strutture extraregionali, ma situate in zone limitrofe ai confini regionali e, quindi, la mobilità è giustificata dalla vicinanza geografica o dalla maggiore facilità di accesso alle cure (5). Esiste, inoltre, il fenomeno della mobilità sanitaria internazionale, oggetto della Direttiva Europea 2011/24/UE (applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera), nonché della Direttiva 2012/52/UE (e misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro), che, però, non sarà trattato in questo Capitolo.

La mobilità sanitaria rappresenta un sensibile indicatore indiretto della qualità dell'assistenza ospedaliera, nelle dimensioni relative alla struttura dell'offerta, all'accessibilità ai servizi e alla valutazione soggettiva dei

pazienti nei confronti delle realtà assistenziali regionali. A livello legislativo, la mobilità sanitaria è, invece, il termine usato per definire il flusso del Fondo Sanitario che, in base al D. Lgs. n. 502/1992, è determinato dal fenomeno migratorio di pazienti che, ai servizi offerti dalla propria regione, preferiscono quelli di un'altra. Di conseguenza, il Fondo Sanitario si sposterà a livello nazionale da una regione ad un'altra, tramite un sistema di compensazioni. Le amministrazioni regionali sono, o dovrebbero essere, particolarmente attente al fenomeno per gli effetti economici che ne conseguono.

La tematica è di tale rilievo che, recentemente, è stata affrontata dalla Conferenza delle Regioni e delle PA. La spesa legata all'attività sanitaria in mobilità, nel 2015, è stata stimata pari a 4,1 miliardi di euro (valore in crescita rispetto ai 3,9 miliardi del 2014).

Dato l'impatto della tematica in oggetto, la Conferenza delle Regioni e delle PA ha dato mandato alla Commissione Salute di predisporre un "Piano nazionale sulla mobilità sanitaria" che affronti l'appropriatezza dei flussi migratori e ponga limiti all'erogazione delle strutture del Privato Accreditato per i pazienti in mobilità, ad eccezione delle prestazioni/ricoveri di alta specialità (6).

L'analisi della mobilità sanitaria non può prescindere da una valutazione della potenzialità di una regione nell'attrarre pazienti residenti in altre regioni. In questo caso, si parla di mobilità attiva, che si esprime con l'indice di attrazione, ossia la quota di pazienti non residenti che sono trattati da strutture ospedaliere pubbliche o del privato accreditato di una certa regione. La mobilità passiva, al contrario, esprime la tendenza dei pazienti di una regione ad emigrare in altra regione e viene misurata dall'indice di fuga.

Per quanto espresso riguardo la mobilità verso le strutture del Privato Accreditato, nel Capitolo si analizzerà a parte anche tale fenomeno.

Indice di attrazione

$$\text{Indice di attrazione} = \frac{\sum \text{dimissioni in mobilità attiva (pazienti residenti in altre regioni)}}{\sum \text{dimissioni effettuate in regione (pazienti ovunque residenti)}} \times 100$$

Indice di fuga

$$\text{Indice di fuga} = \frac{\sum \text{dimissioni in mobilità passiva (pazienti residenti ricoverati in altre regioni)}}{\sum \text{dimissioni di residenti in regione (pazienti ovunque ricoverati)}} \times 100$$

Validità e limiti. Scopo di questo Capitolo è analizzare il fenomeno della mobilità ospedaliera interregionale, valutando l'andamento del fenomeno negli ultimi anni (2007, 2012 e 2015) e quantificare la quota di ricoveri in mobilità erogati nel Privato Accreditato, mettendo in risalto eventuali differenze geografiche. La qualità dei dati e delle informazioni riguardanti la mobilità sanitaria è migliorata negli anni, facilitando l'analisi di questo fenomeno.

Pur presente in altre realtà nazionali, la mobilità ospedaliera interregionale rimane un argomento legato al contesto normativo regionale e statale e all'assetto del Sistema Sanitario Nazionale, caratterizzato da una sostanziale eterogeneità interregionale. I dati presentati non distinguono la mobilità "fisiologica" che prescinde dalle scelte o necessità del cittadino, ma è determinata da situazioni contingenti, quali la presenza in altra regione per turismo, lavoro o studio.

Valore di riferimento/Benchmark. La mobilità sanitaria dovrebbe essere teoricamente vicina allo 0, ad eccezione dei ricoveri sviluppati per interventi/prestazioni di alta specializzazione, per cui è necessario concentrare i volumi in poche strutture, al fine di assicurare una elevata qualità delle cure e, contemporaneamente, un efficiente utilizzo delle risorse.

Al momento non sono presenti indicazioni normative in merito, pertanto si propone di utilizzare come valore di riferimento un indice di attrazione e fuga vicino alla percentuale nazionale di ricoveri effettuati in mobilità.

Descrizione dei risultati

Come per il 2007 e per il 2012, anche i risultati del 2015 mostrano una elevata eterogeneità tra le *performance* regionali, con un forte impatto economico e sociale. Il gradiente Nord-Sud ed Isole, già evidenziato per altri indicatori dell'assistenza ospedaliera, si mostra ancora più evidente nell'ambito della mobilità ospedaliera interregionale.

I risultati riportati nella Tabella 1 e nella Tabella 2 sono riferiti alla mobilità ospedaliera interregionale per l'attività per acuti, in regime di Ricovero Ordinario (RO) e di Day Hospital (DH), riportati per gli anni 2007, 2012 e 2015. Le tabelle illustrano anche i tassi di attrazione e fuga e il saldo tra attrazione e fuga delle singole regioni. I saldi negativi caratterizzano regioni che "perdono" pazienti, mentre i saldi positivi caratterizzano regioni capaci di attrarre pazienti. Il Grafico 1 e il Grafico 2 rappresentano visivamente le caratteristiche regionali e l'andamento negli anni di questo fenomeno. In aggiunta a questa analisi, la Tabella 3 mostra i dati sulla mobilità 2015, relativi alla componente afferente a strutture del Privato Accreditato.

La mobilità per acuti in regime di RO presenta un andamento sensibilmente decrescente per quel che

riguarda i valori assoluti (Tabella 1). Con riferimento al trend dei ricoveri legati a questo fenomeno, i valori dal 2007 al 2012 e al 2015 passano, rispettivamente, da 575.678 a 505.675 e 501.961. Il trend dei valori percentuali, invece, sulla totalità delle dimissioni per acuti in regime di RO, presenta un andamento opposto rispetto ai valori assoluti, passando dal 6,9% del 2007, al 7,4% del 2012 e all'8,0% del 2015. Tutte le regioni del Sud e le Isole presentano un saldo negativo dei ricoveri per acuti per attività in regime ordinario legati alla mobilità ospedaliera interregionale, ad eccezione del Molise e dell'Abruzzo.

Nel 2015, il saldo negativo percentuale più elevato è risultato quello della Calabria (-18,1%), in aumento rispetto alla rilevazione del 2012 (-15,5%). La Campania presenta un saldo percentuale tra attrazioni e fughe del -5,7%, in linea con il dato del 2012 (-5,6%). L'indice di attrazione della Campania, nel 2015, è risultato pari al 2,9%, in lieve aumento rispetto al 2012. Sempre nel 2015, le regioni che presentano i saldi percentuali negativi più elevati, dopo Calabria e Campania, sono l'Abruzzo, la PA di Trento e la Sicilia (rispettivamente, -5,2%, -5,0% e -4,9%).

L'andamento rispetto al 2012 mostra come, seppure in maniera molto lieve, il saldo negativo di Basilicata, PA di Trento e Valle d'Aosta si sia ridotto, mentre per le altre regioni è in crescita.

Le regioni del Nord e del Centro presentano, in tutti e 3 gli anni considerati, saldi in valori assoluti positivi (ad eccezione di Liguria, Piemonte, PA di Trento, Valle d'Aosta e Marche). Il Lazio, che nel 2012 aveva un saldo dello 0,3%, e addirittura nel 2007 del 2,1%, nel 2015 mostra un saldo negativo di 7.374 ricoveri (-1,2%). I saldi positivi più elevati si registrano in Lombardia (6,0%), Emilia-Romagna (8,3%) e Toscana (5,9%).

La mobilità per acuti in regime di DH (Tabella 2) presenta un andamento decrescente per quel che riguarda i valori assoluti. Con riferimento al trend dei ricoveri legati a questo fenomeno, i valori assoluti dal 2007 al 2012 e al 2015 passano, rispettivamente, da 236.442 a 195.771 e 179.915. Anche in questo caso, il trend dei valori percentuali, sulla totalità delle dimissioni per acuti in regime di DH, presenta un andamento opposto rispetto ai valori assoluti, crescendo dal 6,7% del 2007, al 7,8% del 2012 e all'8,8% del 2015. Tutte le regioni del Sud e le Isole presentano un saldo di mobilità negativo per ricoveri in acuto anche per attività in regime di DH, ad eccezione del Molise. Per questa tipologia di ricovero, nel 2015, il valore negativo più elevato del saldo percentuale di mobilità regionale è della Calabria -16,8% (11.700 in valori assoluti), in peggioramento rispetto al 2012. La Puglia ha registrato un saldo tra attrazioni e fughe elevato (-9,9%), in netto incremento rispetto al 2012 (-5,7%). La Basilicata presenta un saldo tra attrazioni e fughe del -7,2%, in linea con i rilievi precedenti e paragonabile

a quello della PA di Trento (-7,1%). Il saldo della Campania, nel 2015, è risultato stabile rispetto al 2012 (-3,6%). Inoltre, l'indice di fuga è pari a 5,9% e quello di attrazione a 2,3%.

Per quel che riguarda i ricoveri in regime di DH legati alla mobilità ospedaliera interregionale, le regioni del Nord e del Centro presentano saldi positivi, ad eccezione di Piemonte, PA di Trento, Valle d'Aosta e Marche

I ricoveri in mobilità presso strutture del Privato Accreditato, nel 2015, sono pari al 45,7% (229.489) per il regime di RO e al 46,9% per il regime di DH. La Tabella 3 evidenzia un *range* più elevato per l'indice di attrazione rispetto all'indice di fuga. La percentuale di mobilità attiva verso strutture del Privato Accreditato varia tra lo 0,7% della PA di Bolzano e il 66,1% del Lazio. Percentuali elevate si registrano in Molise (65,9%), Puglia (63,9%) e Lombardia (59,6%). La percentuale di mobilità passiva verso

strutture private accreditate è compresa tra il 27,9% della PA di Bolzano e il 53,9% della Basilicata.

La Liguria, le Marche, l'Abruzzo e la Sardegna presentano una percentuale di ricoveri in mobilità passiva verso il Privato Accreditato leggermente al di sopra del 50%.

Per quanto riguarda i ricoveri in regime di DH, la variabilità tra regioni relativa alla percentuale di mobilità attiva verso strutture del Privato Accreditato è ancora più elevata. Il *range* è compreso tra lo 0 della Basilicata e della PA di Bolzano e l'81,4% del Lazio.

Valori molto elevati si registrano in Molise (68,7%) e Lombardia (65,3%).

La variabilità del valore percentuale di mobilità passiva verso strutture del Privato Accreditato è compresa tra il 58,3% dell'Abruzzo e il 38,0% della Lombardia. Valori al di sopra del 50% si registrano in Liguria, Toscana, Umbria, Campania, Calabria e Sardegna.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

433

Tabella 1 - Indice di attrazione, fuga e saldo (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anni 2007, 2012, 2015

Regioni	2007			2012			2015											
	Attrazione Dimessi %	Fuga Dimessi %	Saldo Dimessi %	Attrazione Dimessi %	Fuga Dimessi %	Saldo Dimessi %	Attrazione Dimessi %	Fuga Dimessi %	Saldo Dimessi %									
Piemonte	28.600	6,3	37.330	8,0	-8.730	-1,8	26.382	5,6	31.735	6,7	-5.353	-1,1	26.087	5,9	31.297	7,0	-5.210	-1,1
Valle d'Aosta	1.557	10,7	3.463	21,1	-1.906	-10,4	1.601	10,6	2.958	18,0	-1.357	-7,4	1.702	11,3	2.609	16,3	-907	-5,0
Lombardia	116.013	8,9	48.374	3,9	67.639	5,0	106.259	9,0	40.597	3,6	65.662	5,4	109.935	10,0	40.664	3,9	69.271	6,0
Bolzano-Bozen	5.425	7,6	3.105	4,5	2.320	3,1	4.278	6,7	2.479	4,0	1.799	2,7	3.895	6,3	2.538	4,2	1.357	2,1
Trento	5.259	10,0	10.151	17,6	-4.892	-7,6	4.465	8,8	7.744	14,4	-3.279	-5,5	4.627	9,2	7.544	14,2	-2.917	-5,0
Veneto	45.356	8,2	30.360	5,7	14.996	2,6	34.022	7,2	29.856	6,4	4.166	0,8	36.526	7,7	28.246	6,1	8.280	1,6
Friuli Venezia Giulia	12.561	8,3	9.345	6,3	3.216	2,0	12.566	8,9	7.747	5,6	4.819	3,2	10.838	8,5	8.169	6,5	2.669	1,9
Liguria	22.012	10,8	24.457	11,8	-2.445	-1,1	17.592	9,9	25.614	13,9	-8.022	-3,9	15.743	9,7	24.375	14,3	-8.632	-4,6
Emilia-Romagna	80.066	13,6	33.916	6,3	46.150	7,3	75.880	13,6	29.158	5,7	46.722	7,9	76.304	14,1	28.868	5,9	47.436	8,3
Toscana	42.647	10,2	25.598	6,4	17.049	3,8	47.989	11,2	22.975	5,7	25.014	5,5	48.182	11,9	22.861	6,0	25.321	5,9
Umbria	15.680	14,0	12.906	11,8	2.774	2,2	17.236	14,7	12.374	11,0	4.862	3,7	17.248	15,3	11.687	10,9	5.561	4,4
Marche	17.561	8,9	22.677	11,2	-5.116	-2,3	17.734	10,1	20.481	11,4	-2.747	-1,4	17.409	10,8	21.269	12,9	-3.860	-2,1
Lazio	66.897	8,9	50.179	6,8	16.718	2,1	48.824	7,8	46.552	7,5	2.272	0,3	43.735	7,7	51.109	8,9	-7.374	-1,2
Abruzzo	28.148	13,3	25.126	12,1	3.022	1,3	16.588	11,1	24.815	15,8	-8.227	-4,6	14.907	10,7	23.520	15,9	-8.613	-5,2
Molise	15.263	26,1	10.248	19,2	5.015	6,9	10.825	26,8	8.499	22,3	2.326	4,5	10.818	28,0	8.837	24,1	1.981	3,9
Campania	18.098	2,3	64.166	7,7	-46.068	-5,4	15.938	2,6	53.404	8,2	-37.466	-5,6	16.478	2,9	52.593	8,6	-36.115	-5,7
Puglia	23.138	3,7	46.728	7,3	-23.590	-3,5	19.918	4,0	39.641	7,6	-19.723	-3,6	21.136	4,6	39.801	8,4	-18.665	-3,8
Basilicata	8.349	13,2	17.590	24,3	-9.241	-11,1	9.377	16,6	14.445	23,5	-5.068	-6,9	10.677	18,8	13.730	22,9	-3.053	-4,1
Calabria	7.838	3,1	45.275	15,6	-37.437	-12,5	5.046	2,8	39.265	18,3	-34.219	-15,5	3.929	2,5	39.477	20,6	-35.548	-18,1
Sicilia	11.223	1,7	42.669	6,2	-31.446	-4,5	9.546	1,8	34.688	6,3	-25.142	-4,5	8.614	1,9	32.731	6,7	-24.117	-4,9
Sardegna	3.987	1,8	12.015	5,2	-8.028	-3,4	3.609	1,9	10.648	5,3	-7.039	-3,5	3.171	1,8	10.036	5,4	-6.865	-3,6
Italia			575.678	(6,9%)					505.675	(7,4%)					501.961	(8,0%)		

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO. Anno 2016.

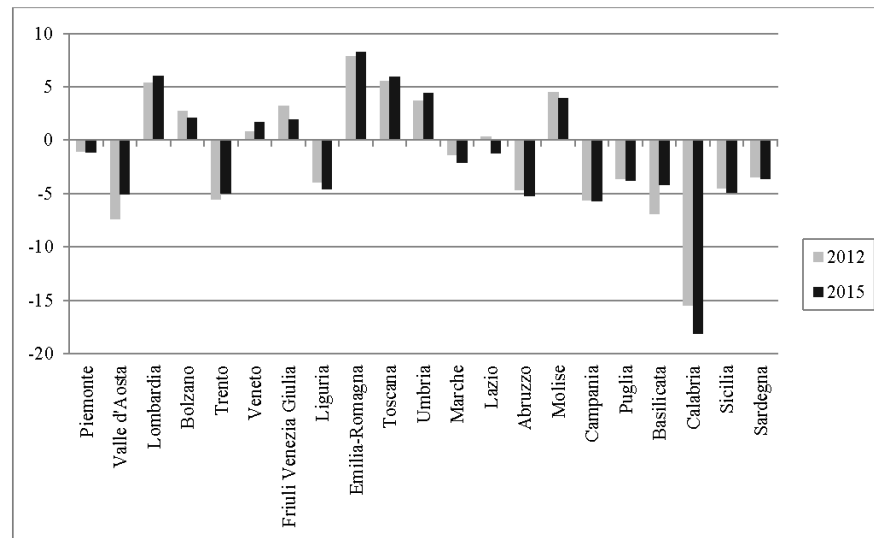
Tabella 2 - Indice di attrazione, fuga e saldo (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di Day Hospital per regione - Anni 2007, 2012, 2015

Regioni	2007			2012			2015											
	Attrazione Dimessi %	Fuga Dimessi %	Saldo Dimessi %	Attrazione Dimessi %	Fuga Dimessi %	Saldo Dimessi %	Attrazione Dimessi %	Fuga Dimessi %	Saldo Dimessi %									
Piemonte	14.084	5,1	15.222	5,5	-1.138	-0,4	7.455	4,7	10.981	6,7	-3.526	-2,1	5.883	4,7	11.828	8,9	-5.945	-4,3
Valle d'Aosta	376	6,0	1.447	19,8	-1.071	-13,8	546	8,2	854	12,2	-308	-4,0	782	10,7	810	11,1	-28	-0,3
Lombardia	34.513	7,8	18.960	4,4	15.553	3,4	20.659	9,3	14.831	6,9	5.828	2,5	26.964	12,0	14.034	6,6	12.930	5,4
Bolzano-Bozen	2.140	8,3	1.116	4,5	1.024	3,8	1.730	8,7	1.027	5,4	703	3,4	1.161	7,0	894	5,5	267	1,5
Trento	1.938	7,5	4.210	15,0	-2.272	-7,5	1.783	6,2	3.505	11,5	-1.722	-5,3	1.317	5,7	3.180	12,8	-1.863	-7,1
Veneto	18.305	8,3	14.140	6,6	4.165	1,8	15.002	9,8	15.013	9,8	-11	0,0	15.762	11,0	13.128	9,3	2.634	1,7
Friuli Venezia Giulia	7.019	14,9	4.766	10,7	2.253	4,3	9.781	18,8	3.363	7,4	6.418	11,4	6.702	17,0	3.236	9,0	3.466	8,0
Liguria	15.844	10,7	13.551	9,3	2.293	1,4	14.760	13,7	8.769	8,6	5.991	5,1	13.413	16,0	7.591	9,7	5.822	6,3
Emilia-Romagna	24.734	12,6	14.055	7,6	10.679	5,0	22.273	12,5	10.228	6,2	12.045	6,4	20.846	13,2	10.478	7,1	10.368	6,1
Toscana	25.015	12,4	11.390	6,1	13.625	6,4	19.066	13,8	9.765	7,6	9.301	6,2	17.946	13,4	9.269	7,4	8.677	6,0
Umbria	9.141	16,9	6.723	13,0	2.418	3,9	4.960	18,0	5.810	20,5	-850	-2,5	3.517	15,3	5.564	22,3	-2.047	-6,9
Marche	7.775	10,4	8.414	11,2	-639	-0,8	5.581	10,4	6.659	12,2	-1.078	-1,8	4.407	9,2	6.355	12,7	-1.948	-3,5
Lazio	32.819	8,9	20.915	5,8	11.904	3,0	35.211	10,8	16.882	5,5	18.329	5,3	31.896	11,5	15.902	6,1	15.994	5,4
Abruzzo	8.907	11,6	10.754	13,7	-1.847	-2,1	7.616	13,2	11.136	18,2	-3.520	-5,0	6.631	14,6	9.390	19,5	-2.759	-4,9
Molise	5.476	25,0	4.126	20,1	1.350	4,9	5.237	26,2	3.931	21,1	1.306	5,2	4.763	27,8	3.601	22,6	1.162	5,3
Campania	7.474	1,8	24.804	5,8	-17.330	-4,0	8.074	2,1	22.488	5,7	-14.414	-3,6	7.398	2,3	19.926	5,9	-12.528	-3,6
Puglia	4.401	2,2	18.010	8,4	-13.609	-6,2	4.454	2,8	14.301	8,6	-9.847	-5,7	3.028	3,5	12.976	13,4	-9.948	-9,9
Basilicata	5.755	13,9	6.895	16,3	-1.140	-2,3	3.925	18,0	5.986	25,1	-2.061	-7,1	3.299	19,4	4.966	26,6	-1.667	-7,2
Calabria	2.206	1,9	19.376	14,5	-17.170	-12,6	1.850	2,5	16.165	18,1	-14.315	-15,6	1.456	2,6	13.156	19,3	-11.700	-16,8
Sicilia	7.824	1,6	13.569	2,7	-5.745	-1,1	5.164	2,0	10.747	4,1	-5.583	-2,1	2.234	1,9	9.863	7,9	-7.629	-6,0
Sardegna	676	0,7	3.979	4,2	-3.303	-3,4	644	0,8	3.330	4,2	-2.686	-3,4	510	0,7	3.768	4,9	-3.258	-4,2
Italia			236.442 (6,7%)						195.771 (7,8%)						179.915 (8,8%)			

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO. Anno 2016.

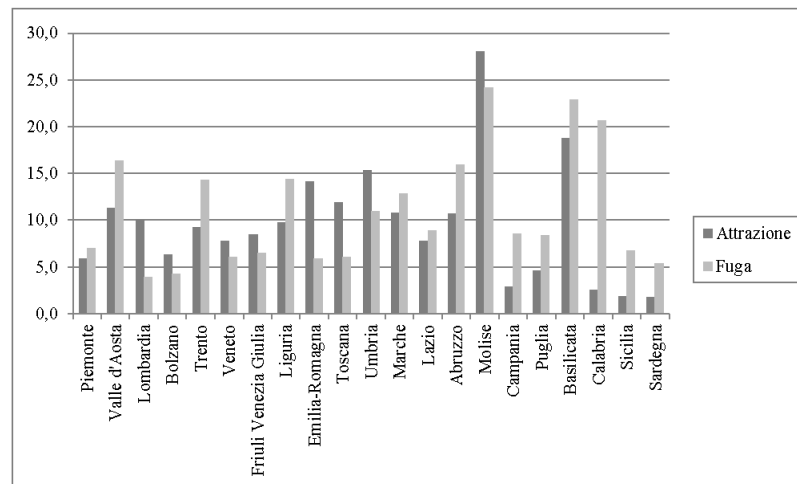
ASSISTENZA OSPEDALIERA

Grafico 1 - Saldo (valori percentuali) di mobilità ospedaliera per acuti in regime di Ricovero Ordinario - Anni 2012, 2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Grafico 2 - Confronto tra indice di attrazione e fuga per acuti in regime di Ricovero Ordinario - Anno 2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Tabella 3 - Indice di attrazione e fuga (valori assoluti e valori percentuali) di ricoveri per acuti erogati da strutture del Privato Accreditato in regime di Ricovero Ordinario e in regime di Day Hospital per regione - Anno 2015

Regioni	Ricovero Ordinario						Day Hospital					
	Totale	Attrazione Privato Accreditato	%	Totale	Fuga Privato Accreditato	%	Totale	Attrazione Privato Accreditato	%	Totale	Fuga Privato Accreditato	%
Piemonte	26.087	10.973	42,1	31.297	13.559	43,3	5.883	2.014	34,2	11.828	4.658	39,4
Valle d'Aosta	1.702	309	18,2	2.609	1.147	44,0	782	7	0,9	810	329	40,6
Lombardia	109.935	65.477	59,6	40.664	13.106	32,2	26.964	17.619	65,3	14.034	5.339	38,0
Bolzano-Bozen	3.895	28	0,7	2.538	709	27,9	1.161	0	0,0	894	351	39,3
Trento	4.627	1.068	23,1	7.544	2.839	37,6	1.317	291	22,1	3.180	1.452	45,7
Veneto	36.526	15.962	43,7	28.246	10.894	38,6	15.762	7.382	46,8	13.128	5.652	43,1
Friuli Venezia Giulia	10.838	2.009	18,5	8.169	3.575	43,8	6.702	2.708	40,4	3.236	1.515	46,8
Liguria	15.743	1.788	11,4	24.375	12.223	50,1	13.413	2.465	18,4	7.591	4.082	53,8
Emilia-Romagna	76.304	33.974	44,5	28.868	13.530	46,9	20.846	7.056	33,8	10.478	4.792	45,7
Toscana	48.182	19.140	39,7	22.861	10.389	45,4	17.946	5.512	30,7	9.269	4.996	53,9
Umbria	17.248	3.982	23,1	11.687	5.630	48,2	3.517	661	18,8	5.564	3.018	54,2
Marche	17.409	8.143	46,8	21.269	10.738	50,5	4.407	1.710	38,8	6.355	2.563	40,3
Lazio	43.735	28.929	66,1	51.109	23.220	45,4	31.896	25.966	81,4	15.902	6.828	42,9
Abruzzo	14.907	5.152	34,6	23.520	12.481	53,1	6.631	2.511	37,9	9.390	5.472	58,3
Molise	10.818	7.129	65,9	8.837	4.121	46,6	4.763	3.273	68,7	3.601	1.676	46,5
Campania	16.478	7.070	42,9	52.593	26.195	49,8	7.398	2.183	29,5	19.926	10.717	53,8
Puglia	21.136	13.511	63,9	39.801	19.737	49,6	3.028	1.327	43,8	12.976	6.081	46,9
Basilicata	10.677	1.308	12,3	13.730	7.395	53,9	3.299	0	0,0	4.966	2.217	44,6
Calabria	3.929	884	22,5	39.477	18.519	46,9	1.456	672	46,2	13.156	6.643	50,5
Sicilia	8.614	2.518	29,2	32.731	14.463	44,2	2.234	942	42,2	9.863	3.944	40,0
Sardegna	3.171	135	4,3	10.036	5.019	50,0	510	58	11,4	3.768	2.032	53,9

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati illustrati forniscono una fotografia dell'andamento della mobilità sanitaria, che continua ad essere elevata specie in alcune aree del Paese, e che rappresenta un fenomeno da contrastare nell'ottica di offrire a tutti i cittadini la possibilità di ricevere cure adeguate ed appropriate nel proprio ambito territoriale. È, pertanto, necessario che le Regioni individuino con accuratezza le principali cause dell'emigrazione dei pazienti verso altre regioni, con lo scopo di porvi rimedio, migliorando la propria struttura e qualità dell'offerta ed adottando opportune azioni di contenimento.

A tale riguardo, l'Accordo Stato-Regioni per il Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 stabilisce che le Regioni adottino adeguati strumenti di governo della domanda per disciplinare e ridurre il fenomeno della mobilità interregionale. Negli ultimi anni, in diverse realtà, sono stati definiti specifici accordi tra Regioni confinanti e in alcuni casi tali accordi e le azioni conseguenti hanno contribuito a ridimensionare sensibilmente i flussi migratori. Gli accordi possono, infatti, prevenire fenomeni distorsivi indotti dalle differenze tariffarie adottate dalle Regioni, dai differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale e da comportamenti opportunistici delle strutture di produzione. Le Regioni potrebbero anche definire collaborazioni interregionali tali da conseguire un miglioramento e un adeguamento complementare della struttura dell'offerta in ambiti territoriali limitrofi.

Nella letteratura nazionale e internazionale si fa riferimento alla componente privata e al suo impatto sulle dinamiche legate alla mobilità ospedaliera tra regioni, identificando le strutture private accreditate come possibili *demand inducer* (7). I dati evidenziano come anche i provvedimenti che pongono limiti al privato accreditato possono, in parte, determinare una riduzione della mobilità sanitaria interregionale, in particolare per le prestazioni di minore complessità e a rischio di inappropriatazza.

In ogni regione, e a maggior ragione in quelle dove il fenomeno è più rilevante, dovrebbero essere individuati e messi in campo sistematici meccanismi di controllo su eventuali comportamenti opportunistici di alcuni soggetti del sistema, definendo tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda (5).

Riferimenti bibliografici

- (1) N Nante, G Messina, L Lispi, A Serafini, G Prisco, F Moirano. Mobility trends of Patients across Italian Regions: implications for planning and evaluation of hospital services. *Ann Ig* 2016; 28: 328-338.
- (2) A Aggarwal, D Lewis, M Mason, R Sullivan, J Van der Meulen. Patient Mobility for Elective Secondary Health Care Services in Response to Patient Choice Policies: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*. 2016.
- (3) S Neri. Interregional Patient Mobility in the Italian NHS: A Case of Badly-Managed Decentralization Comment on "Regional Incentives and Patient Cross-Border Mobility: Evidence From the Italian Experience". *Int J Health Policy Manag* 2015, 4 (12), 857-859.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

437

- (4) G Messina, S Forni, F Collini, C Quercioli, N Nante. Patient mobility for cardiac problems: a risk adjusted analysis in Italy. BMC Health Services Research, 2013 13:56.
- (5) C Ceccolini, P Granella, A Nuzzo, F Carle. Mobilità ospedaliera. Rapporto Osservasalute 2013.
- (6) Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del

- Settembre 2016 (16/104/CR7a/C7 - Accordo per la regolazione dei flussi finanziari connessi alla mobilità degli assistiti tra le Regioni per gli anni 2014-2015).
- (7) G Fattore, G Petrarca, A Torbica. Traveling for care: Inter-regional mobility for aortic valve substitution in Italy. Health Policy 117 (2014) 90-97.