



Assistenza ospedaliera

La *performance* complessiva del sistema ospedaliero, in Italia, è il risultato dell'articolata struttura della sua offerta, caratterizzata da punte di eccellenza, ma anche da una consistente variabilità intra ed inter-regionale. Diversi articoli e Report internazionali (1, 2), che come sempre forniscono interessanti spunti di riflessione, pur presentando spesso limiti metodologici e di concetto, descrivono tale disomogeneità mostrando risultati contrastanti sulla *performance* complessiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Un articolo pubblicato nel 2017 su "Lancet" propone una classifica della qualità e dell'accessibilità dell'offerta sanitaria tra 195 Paesi, attraverso un indicatore composito (*Healthcare Access and Quality Index*), calcolato utilizzando i tassi di mortalità riconducibile ai servizi sanitari (*mortality amenable to personal health care*) per le principali cause di morte considerate dal *Global Burden of Diseases*, attestando il sistema italiano nelle prime posizioni (1). Al contrario, l'*Euro Health Consumer Index 2017* (EHCI), indicatore calcolato sia su dati oggettivi che soggettivi riportati dai "consumatori", pone l'Italia al 20° posto su 34 Paesi analizzati. L'EHCI analizza i sistemi sanitari nazionali attraverso indicatori di diverse aree quali: trasparenza, diritti dei pazienti, accesso alle cure, esiti dell'assistenza, prevenzione ed uso di farmaci (2).

Al di là dei singoli dati di *performance* del livello nazionale e locale, il sistema dell'assistenza ospedaliera appare in progressivo rimodellamento nel Paese ed ancor più a livello delle diverse realtà regionali. Come nelle Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute, si conferma una forte variabilità con situazioni limite che riflettono una netta differenza tra regioni ancora alle prese con gli effetti dei Piani di Rientro e problemi di *performance* ed altre realtà regionali, che hanno già raggiunto molti dei traguardi fissati dalle linee di programmazione nazionale degli ultimi anni.

Da questo punto di vista, l'ultimo biennio ha, inoltre, visto l'approvazione di diversi nuovi provvedimenti che, direttamente o indirettamente, hanno ed avranno un impatto sul sistema dell'assistenza ospedaliera. Tra questi sicuramente il DCPM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", la Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (legge Gelli) sulla "sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (4, 5) e il Piano Nazionale Cronicità. Il DCPM interviene in diversi ambiti, da un lato definendo e descrivendo con maggior dettaglio servizi e prestazioni garantite ai cittadini, dall'altro aggiornando gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'essenziale e i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica. Il provvedimento, per quel che riguarda l'assistenza ospedaliera, aggiorna e integra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per le attività di Pronto Soccorso, Ricovero Ordinario (RO) per acuti, Day-Surgery (DS), Day-Hospital (DH), riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Di particolare interesse, e perciò analizzato nel presente Capitolo, è l'art. 41 del DCPM, che stabilisce i criteri di appropriatezza per l'utilizzo del DS, definendo appropriati i ricoveri per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguite in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente.

Come è noto, la Legge Gelli affronta e disciplina, invece, i temi della sicurezza delle cure e del rischio sanitario, della responsabilità del professionista sanitario e della struttura sanitaria pubblica o privata, delle modalità e caratteristiche dei procedimenti giudiziari come oggetto la responsabilità sanitaria, nonché degli obblighi di assicurazione e dell'istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati. La stessa legge rilancia il concetto di buone pratiche cliniche e l'adozione di Linee Guida per gli esercenti delle professioni sanitarie. L'art. 5 prevede, infatti, che i professionisti si attengano alle Linee Guida pubblicate ed elaborate da Enti e Istituzioni pubbliche e private, nonché dalle Società Scientifiche iscritte in apposito elenco e regolamentate dal Ministero della Salute. La riforma costituisce, quindi, un provvedimento di grande rilevanza per migliorare la gestione del rischio clinico, con l'obiettivo di garantire sicurezza ai pazienti e agli operatori, e contrastare la medicina difensiva, come recentemente riportato anche dalle considerazioni conclusive della Commissione del Senato sulla sostenibilità del SSN.

Questo quadro in forte evoluzione, sia dal punto di vista normativo che organizzativo, impone un adeguato monitoraggio ed una sistematica valutazione dello stato di attuazione a livello regionale delle linee di programmazione nazionale, con il duplice obiettivo di assumere come benchmark le migliori *performance* effettivamente perseguibili e di verificare la *compliance* e le tempistiche dei singoli sistemi regionali nel recepire le normative. Diversi programmi di monitoraggio sono ormai sistematizzati a livello nazionale. Tra questi va sicuramente citato il Piano Nazionale Esiti, diventato ormai punto di riferimento anche per il monitoraggio del sistema dell'assistenza ospedaliera italiana.





Il Rapporto Osservasalute 2017 prevede, come per le precedenti Edizioni, due diverse modalità di presentazione degli indicatori. Una prima modalità, approfondita, con i risultati commentati e le relative raccomandazioni degli Autori, e una seconda modalità con la presentazione, in Appendice, degli indicatori e delle tabelle con le serie storiche dei dati, senza commenti. La prima modalità è stata utilizzata per un *set* di indicatori volti ad analizzare tre distinte situazioni di particolare interesse per lo stato dell'assistenza ospedaliera in Italia. Il primo, "Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero", fornisce una valutazione diacronica del recepimento da parte delle strutture ospedaliere regionali del DM n. 70/2015. L'analisi mostra come le Regioni, nel corso degli ultimi anni, abbiano recepito e ormai raggiunto gli obiettivi della normativa di riferimento, in termini di Posti Letto (PL) ospedalieri, pur mantenendo una discreta variabilità inter-regionale. Il secondo, "Prestazioni chirurgiche a rischio di inappropriata erogazione in regime di Ricovero Ordinario o di Day Surgery", riguarda le indicazioni fornite dal DCPM del 12 gennaio 2017, e mostra la situazione, per l'anno 2016, dei ricoveri per prestazioni potenzialmente trasferibili al *setting* ambulatoriale, evidenziando come ci sia ancora uno scostamento tra il dato reale e quello auspicabile per raggiungere gli obiettivi fissati. Il terzo, "Incidenza ospedaliera per sepsi, sepsi severe e *shock* settico", riguarda i casi di sepsi nei RO e fornisce una analisi dell'andamento negli ultimi 3 anni di questa condizione di crescente interesse per la salute pubblica e per l'assistenza ospedaliera. L'analisi di questo indicatore mostra una notevole disomogeneità sul territorio nazionale dovuta, probabilmente, più alla capacità di identificare e codificare correttamente i casi di sepsi che ad una reale differenza degli stessi tra le singole regioni.

La seconda modalità di presentazione è stata, invece, utilizzata per indicatori già ampiamente trattati nelle precedenti Edizioni e che presentano un andamento relativamente stabile e/o un trend consolidato. Il tasso di ospedalizzazione (complessivo, distinto per età, tipologia di struttura erogatrice, tipologia di attività erogata, DRG medici e chirurgici e regime ordinario e diurno), la Degenza Media (DM) (complessiva e per genere), i pazienti (valori percentuali) di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore, la Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di RO per acuti (standardizzata per *case-mix*) e il numero di accessi in DH e DS vengono, quindi, trattati come per la precedente Edizione in Appendice. Gli indicatori riportati in Appendice consentono alcune valutazioni del sistema ospedaliero riguardo alla domanda di salute soddisfatta, all'accessibilità e all'equità dello stesso. 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 degli indicatori in Appendice

La domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero viene descritta attraverso l'analisi dei tassi di ospedalizzazione. I dati registrati nel 2016 indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 138,6 per 1.000, in calo rispetto al 2015 (140,7 per 1.000) e nettamente inferiore allo standard del 160 per 1.000 indicato dal DM n. 70/2015. L'analisi del trend temporale 2011-2016 rileva una forte riduzione del ricovero in regime diurno con un tasso che passa dal 48,2 per 1.000 al 32,2 per 1.000. Nello stesso periodo, la riduzione è meno marcata e, comunque, significativa per i RO, con un tasso che passa dal 123,5 al 106,4 per 1.000. Le regioni che presentano un tasso di ospedalizzazione complessivo al di sopra degli obiettivi normativi sono soltanto 2: Valle d'Aosta e Campania.

Si conferma 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 rispetto al 2015 del tasso di ospedalizzazione per tutte le tipologie di attività in ogni fascia di età considerata.

I dati sulle dimissioni per tipologia di attività indicano, tra il 2015 e il 2016, una lieve riduzione dei ricoveri per lungodegenza (tasso standardizzato da 1,72 a 1,60 per 1.000), per riabilitazione (da 5,04 a 5,01 per 1.000), e per acuti (da 100,54 a 99,68 per 1.000).

La percentuale dei pazienti dimessi con DRG chirurgico è del 45,9% nel 2016 ed è in lieve aumento rispetto al valore del 45,1% registrato nel 2015. L'aumento della percentuale di ricoveri con DRG chirurgico viene descritto sia per la componente in RO (dal 42,2% al 42,9%), sia per quella in ricovero diurno (dal 54,2% al 55,4%). 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 internazionale 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 sensibilmente inferiori.

Nel 2016 si registra una DM complessiva, standardizzata per *case-mix*, pari a 7,0 giorni. Tale valore è in





aumento rispetto al valore registrato nei 2 anni precedenti (6,8 e 6,9 giorni) e questa crescita può essere spiegata dalla progressiva riduzione del tasso di ospedalizzazione che, indirettamente, determina una maggiore prevalenza dei ricoveri più complessi. Nello stesso anno, la DM divisa per genere è di 7,3 giorni per la componente maschile, mentre per la componente femminile è pari a 6,7 giorni. Per questo indicatore è presente una lieve variabilità regionale (il *range* della DM standardizzata per *case-mix* è compreso tra 6,2 giorni della Toscana e 7,7 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 1,75 giorni del 2016. 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.

La percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato, a livello nazionale, un netto incremento tra il 2010 e il 2016 passando dal 35,1% al 62,3%. Tale miglioramento può essere spiegato dall'adozione di adeguati percorsi clinico-assistenziali, in particolare nella fase di accesso e preoperatoria del paziente con frattura di femore. 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 e delle singole regioni (Piano Nazionale Esiti, Sistema di Valutazione della *Performance* della Regione Toscana etc.).

Conclusioni

Nel complesso, i dati presentati nel presente 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, le sfide che il nostro sistema sta affrontando coinvolgono sia l'ambito clinico che quello organizzativo/normativo. L'invecchiamento della popolazione, la crescente prevalenza di comorbidità, la cronicizzazione di alcune patologie e l'impatto dell'antibiotico resistenza, tra gli altri, comportano una necessaria revisione del modello di presa in carico del paziente e una maggiore attenzione verso buone pratiche basate sulle evidenze. Per questo motivo è sempre più necessario impostare e/o integrare infrastrutture in grado di rilevare ed elaborare dati affidabili e di qualità, che possano essere di supporto per aumentare l'adattabilità/resilienza del nostro sistema alle sfide attuali e future.

Dal punto di vista organizzativo/normativo, come già accennato, gli ultimi anni sono stati caratterizzati da un numero significativo di nuovi provvedimenti che, in maniera diretta e indiretta, hanno coinvolto il sistema dell'assistenza ospedaliera. La sfida per il sistema ospedaliero nazionale e per tutti i sottosistemi regionali è quella di continuare l'ormai avviato riassetto strutturale ed organizzativo dei nostri ospedali, in funzione della sostenibilità del sistema e della concreta possibilità di assicurare l'applicazione uniforme dei LEA di fronte alle nuove sfide che si profilano per il SSN. Nella pratica operatività delle singole Regioni occorre ottimizzare l'utilizzo delle risorse ancora disponibili ridisegnando i percorsi e le reti per le patologie acute di alta complessità, ma anche porre maggiore attenzione 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, livello delle cure intermedie e sistema delle cure primarie, oltre che una forte interazione tra le attività sociali e sanitarie, come recentemente sottolineato dal Piano Nazionale Cronicità, che fornisce specifici indirizzi riguardo l'esigenza di "alleggerire" il contributo dato dal sistema ospedaliero suggerendo le dimensioni di sviluppo per gli ambiti territoriali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. *Lancet* 2017; 390: 231-66.
- (2) Health Consumer Powerhouse. Health Consumer Powerhouse Ltd., 2018. ISBN 978-91-980687-5-7.
- (3) Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017, Allegato 6B. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg.
- (4) Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg.





Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero

Significato. Il Capitolo illustra il confronto del tasso di Posti Letto (PL) per 1.000 residenti delle regioni e delle PA tra il 2013 e il 2016. Viene indicata la dotazione complessiva di PL per tipologia di attività (acuti e post-acuti) e, solo per i PL per acuti, per regime di ricovero (Ricovero Ordinario-RO e Day-Hospital-DH). Tale indicatore viene utilizzato, principalmente, per pianificare e misurare la struttura dell'offerta ospedaliera di un determinato ambito geografico. Dal punto di vista normativo la dotazione standard di

PL è stata rivista negli anni e le ultime indicazioni sono indicate dal DM n. 70/2015 (1) che ha previsto una profonda revisione del modello ospedaliero per acuti.

Nel Capitolo viene, inoltre, fatto un confronto tra gli obiettivi dichiarati in termini di PL delle Regioni che, avendo sviluppato la rete ospedaliera in attuazione del DM n. 70/2015, hanno ricevuto parere favorevole da parte del Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del DM n. 70/2015 stesso.

Tasso di posti letto ospedalieri per tipologia di attività

Numeratore	Posti letto per tipologia di attività (acuti e post-acuti)	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente	

Tasso di posti letto ospedalieri per acuti per regime di ricovero

Numeratore	Posti letto per acuti per regime di ricovero (Ricovero Ordinario e Day Hospital)	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente	

Validità e limiti. I dati sono stati estratti dalla Base dati nazionale del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS - mod. HSP.12 e HSP.13). Per l'annualità 2013 ci si è avvalsi delle elaborazioni relative alle sole regioni sottoposte a verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); pertanto, non è stato possibile effettuare il confronto tra le due annualità per la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e per le PA di Trento e Bolzano. Le differenze con i risultati presentati nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute sono da attribuirsi all'avvenuto consolidamento della base dati degli anni precedenti. L'interpretazione dei dati deve tenere conto che la dotazione dei PL non è pesata sulla base della struttura demografica della popolazione e non può tenere conto delle modalità di utilizzo definite dalle singole Regioni dei diversi setting di degenza. Occorre tenere anche in considerazione l'impatto della mobilità inter-regionale, passiva ed attiva, che in molte realtà incide sensibilmente sulla programmazione locale spiegando in parte la variabilità dei tassi rilevata dall'analisi.

Valore di riferimento/Benchmark. Viene utilizzato come benchmark lo standard indicato dal DM n. 70/2015 che prevede un tasso di PL regionale per acuti pari a 3,0 per 1.000 abitanti e per i pazienti post-acuti di 0,7 per 1.000 abitanti.

Descrizione dei risultati

Nel 2016, si registra un tasso di PL a livello nazionale pari a 3,56 per 1.000 residenti (Tabella 1) di cui il 2,99

per 1.000 per acuti e lo 0,57 per 1.000 per post-acuti. Tra il 2013 e il 2016, in tutte le regioni per le quali è stato possibile riportare il dato, ad eccezione di Liguria ed Umbria, si è verificata una riduzione del tasso di PL, sia complessivo che suddiviso per acuzie e post-acuzie. Ciononostante, 7 regioni presentano, nel 2016, valori complessivi superiori allo standard di riferimento indicato dal DM n. 70/2015.

Analizzando nello specifico l'offerta di PL per acuti delle singole regioni (Tabella 1, Grafico 1) si rileva che la Valle d'Aosta (3,34 per 1.000), la Lombardia (3,05 per 1.000), la PA di Bolzano (3,37 per 1.000), il Friuli Venezia Giulia (5,75 per 1.000), l'Emilia-Romagna (3,35 per 1.000) e la Sardegna (3,48 per 1.000) mostrano, nel 2016, tassi di PL ancora superiori ai 3,0 PL per 1.000 residenti. Notevolmente superiore agli altri risulta il Friuli Venezia Giulia (5,75 per 1.000 per acuti + 0,43 per 1.000 per post-acuti nel 2016), regione per la quale, per quanto indicato in precedenza, non è disponibile un confronto temporale. Altre regioni presentano tassi di PL per acuti vicini allo standard, ma una offerta post-acuti superiore (Piemonte e PA di Trento) o inferiore (quasi la totalità delle regioni di Centro, Sud ed Isole) (Tabella 1, Grafico 1). Si evidenzia, dunque, una importante differenza geografica nell'offerta di PL per post-acuti (riabilitazione e lungodegenza). In Tabella 2 sono, infine, riportati i tassi di posti letto per acuti per regime di ricovero che, in linea con quanto detto in precedenza, mostrano una riduzione sia nel tasso di PL in regime di RO che in regime di DH, tra il 2013 e il 2016, in tutte le regioni per le quali è possibile il confronto.





ASSISTENZA OSPEDALIERA

413

Il confronto tra la dotazione di PL registrata nel 2016 e quanto dichiarato come obiettivo al Tavolo di monitoraggio per l'attuazione del DM n. 70/2015 (Tabella 3) evidenzia che 3 regioni (Veneto, Lazio e Molise) presentano un dato in linea o vicino al valore dichiarato, 5 regioni (Piemonte, Emilia-Romagna, Umbria, Abruzzo

e Puglia) una dotazione di PL superiore rispetto all'obiettivo e 3 regioni (Campania, Sicilia e Calabria) un valore al di sotto dell'obiettivo dichiarato, in particolare per la componente post-acuti.

Tabella 1 - Tasso (valori per 1.000) di posti letto per tipologia di attività e per regione - Anni 2013-2016

Regioni	Acuti		Post-Acuti		Totale	
	2013	2016	2013	2016	2013	2016
Piemonte	2,97	2,82	1,04	0,98	4,01	3,80
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	n.d.	3,34	n.d.	0,71	n.d.	4,05
Lombardia	3,14	3,05	0,74	0,73	3,88	3,79
Bolzano-Bozen	n.d.	3,37	n.d.	0,75	n.d.	4,12
Trento	n.d.	2,79	n.d.	1,03	n.d.	3,82
Veneto	3,16	3,00	0,56	0,55	3,72	3,55
Friuli Venezia Giulia	n.d.	5,75	n.d.	0,43	n.d.	6,18
Liguria	3,06	3,02	0,50	0,59	3,56	3,62
Emilia-Romagna	3,46	3,35	0,82	0,78	4,27	4,13
Toscana	3,03	2,91	0,33	0,30	3,35	3,21
Umbria	3,11	3,16	0,41	0,50	3,52	3,66
Marche	3,10	2,91	0,63	0,50	3,74	3,41
Lazio	3,08	2,92	0,67	0,65	3,75	3,57
Abruzzo	2,84	2,75	0,51	0,53	3,35	3,28
Molise	3,30	2,58	0,76	0,46	4,06	3,03
Campania	2,82	2,75	0,32	0,35	3,14	3,10
Puglia	2,81	2,75	0,32	0,34	3,13	3,09
Basilicata	2,86	2,79	0,58	0,58	3,44	3,37
Calabria	2,43	2,33	0,56	0,47	3,00	2,80
Sicilia	2,89	2,76	0,39	0,40	3,28	3,16
Sardegna	n.d.	3,48	n.d.	0,23	n.d.	3,71
Italia		2,99		0,57		3,56

n.d. = non disponibile

Fonte dei dati: Base dati nazionale NSIS - mod. HSP.12 e HSP.13. Anno 2017

Tabella 2 - Tasso (valori per 1.000) di posti letto per acuti per regime di ricovero e per regione - Anni 2013, 2016

Regioni	Ricovero Ordinario		Day Hospital		Totale	
	2013	2016	2013	2016	2013	2016
Piemonte	2,53	2,40	0,45	0,42	2,98	2,82
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	n.d.	2,98	n.d.	0,36	n.d.	3,34
Lombardia	2,91	2,82	0,23	0,23	3,14	3,05
Bolzano-Bozen	n.d.	3,02	n.d.	0,35	n.d.	3,37
Trento	n.d.	2,48	n.d.	0,31	n.d.	2,79
Veneto	2,82	2,74	0,34	0,26	3,16	3,00
Friuli Venezia Giulia	n.d.	5,02	n.d.	0,73	n.d.	5,75
Liguria	2,65	2,63	0,41	0,39	3,06	3,02
Emilia-Romagna	3,13	3,14	0,33	0,21	3,46	3,35
Toscana	2,62	2,51	0,40	0,40	3,02	2,91
Umbria	2,70	2,69	0,41	0,47	3,11	3,16
Marche	2,69	2,53	0,41	0,38	3,10	2,91
Lazio	2,67	2,54	0,42	0,38	3,09	2,92
Abruzzo	2,51	2,44	0,33	0,31	2,84	2,75
Molise	2,83	2,16	0,48	0,42	3,31	2,58
Campania	2,39	2,32	0,44	0,43	2,83	2,75
Puglia	2,59	2,54	0,23	0,21	2,82	2,75
Basilicata	2,48	2,42	0,38	0,37	2,86	2,79
Calabria	2,00	1,95	0,43	0,38	2,43	2,33
Sicilia	2,47	2,40	0,42	0,36	2,89	2,76
Sardegna	n.d.	3,05	n.d.	0,43	n.d.	3,48
Italia		2,65		0,34		2,99

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Base dati nazionale NSIS - mod. HSP.12 e HSP.13. Anno 2017



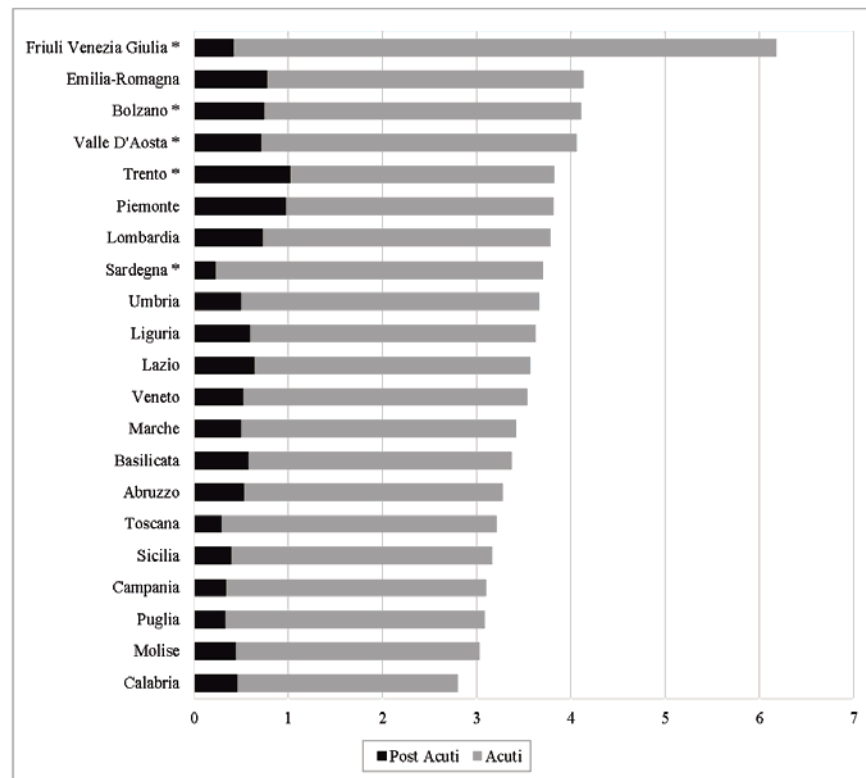


Tabella 3 - Tasso (valori per 1.000) di posti letto dichiarato come obiettivo e sottoposto a verifica periodica del Tavolo di monitoraggio per l'attuazione del DM n. 70/2015 per alcune regioni - Anno 2016

Regioni	Acuti	Post-Acuti	Totale
Piemonte	2,35	0,81	3,16
Veneto	3,00	0,55	3,55
Emilia-Romagna	3,08	0,72	3,80
Umbria	2,81	0,47	3,28
Lazio	3,00	0,70	3,70
Abruzzo	2,86	0,62	3,48
Molise	2,51	0,56	3,07
Campania	2,91	0,65	3,56
Puglia	2,76	0,47	3,23
Calabria	2,91	0,64	3,55
Sicilia	2,93	0,69	3,62

Fonte dei dati: Atti regionali di formale adozione delle reti ospedaliere per l'attuazione del DM n. 70/2015. Anno 2017.

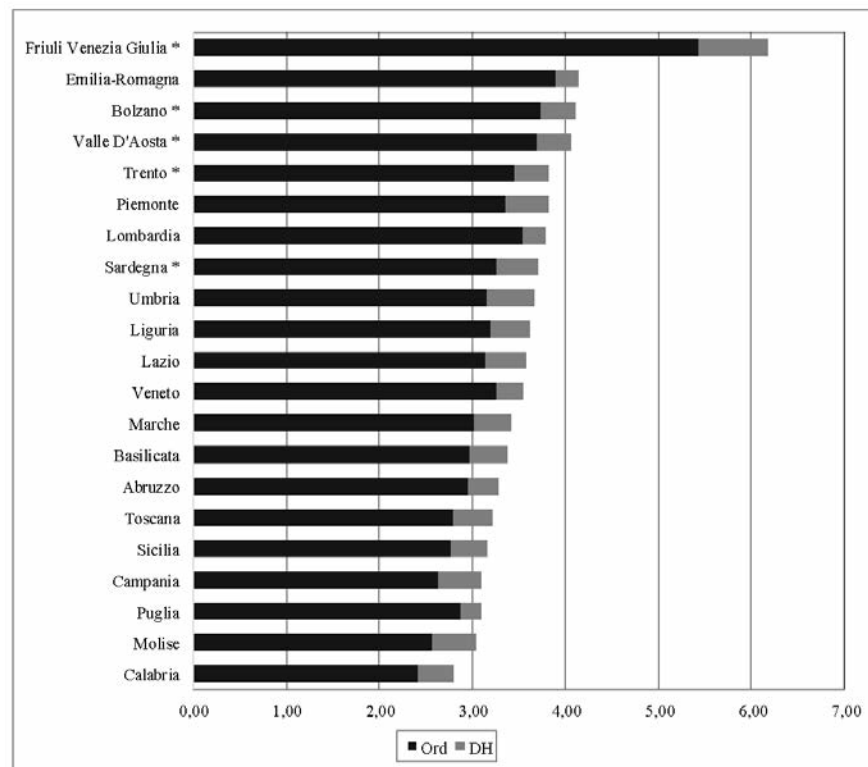
Grafico 1 - Tasso (valori per 1.000) di posti letto per tipologia di attività e regione - Anno 2016



*Dati non disponibili per gli anni 2014 e 2015.

Fonte dei dati: Base dati nazionale NSIS - mod. HSP.12 e HSP.13. Anno 2017.



**Grafico 2** - Tasso (valori per 1.000) di posti letto per acuti per regime di ricovero e regione - Anno 2016

*Dati non disponibili per gli anni 2014 e 2015.

Fonte dei dati: Base dati nazionale NSIS - mod. HSP.12 e HSP.13. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

La dotazione di PL è un buon indicatore delle linee di pianificazione sanitaria e ospedaliera di un determinato contesto territoriale e permette di misurare la capacità dei decisori di recepire gli obiettivi dettati a livello nazionale. Il presente Capitolo permette, inoltre, di valutare gli effetti dell'attività programmatica delle singole Regioni di adeguarsi agli standard normativi dettati dal DM n. 70/2015.

Il dato complessivo registrato a livello nazionale, nel 2016, è inferiore all'obiettivo normativo di 3,7 PL per acuti e post-acuti complessivamente per 1.000 residenti e tali risultano anche i valori relativi ai tassi di PL per acuti e per post-acuti separatamente.

In generale, nell'intervallo temporale considerato, le regioni hanno raggiunto valori del tasso di PL vicini allo standard identificato dal DM n. 70/2015, seppur mantenendo una spiccata disomogeneità, in particolare per l'offerta di PL per post-acuzie che si dimostra per lo più sottodimensionata nella maggior parte delle regioni e con un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole.

La variabilità nella dotazione di PL dedicata ai ricoveri per post-acuti si registra sia per la componente di lungodegenza che riabilitativa. In alcune regioni, tale carenza potrebbe in futuro essere compensata da una adeguata offerta di servizi territoriali, evenienza non

documentata al presente. Infatti, è auspicabile che nel prossimo futuro il tasso di PL, soprattutto per le post-acuzie, possa essere ulteriormente rimodulato; man mano che l'ospedale assumerà il ruolo di struttura deputata, esclusivamente, alla cura dei casi acuti con definita soglia di complessità, sarebbe importante riscontrare una parallela crescita delle potenzialità diagnostiche ed assistenziali dei servizi ambulatoriali distrettuali e un miglioramento della *performance* del settore delle cure intermedie.

La lettura dei dati deve, inoltre, tenere conto dei fenomeni di mobilità passiva e attiva, tra regioni geograficamente confinanti, ma soprattutto dal Meridione al Nord del Paese, che certamente spiega parte del sovra o sottodimensionamento di alcune regioni con indici di attrazione e fuga elevati.

Di particolare rilevanza può risultare anche la valutazione, attraverso la lettura congiunta del tasso di PL con altri indicatori (ad esempio l'indice di occupazione e la degenza media), dell'efficienza di utilizzo dei PL e l'individuazione di eventuali sottodimensionamenti che potrebbero portare al ricovero in *setting* assistenziali non appropriati, comportando una eccessiva frammentazione delle cure e un aumento complessivo della durata di degenza. Per evitare tali fenomeni è fondamentale che le strutture sanitarie adottino adeguati percorsi di ricovero e dimissione del





paziente e una precisa pianificazione che assicuri flessibilità nell'utilizzo dei PL in caso di fenomeni di iperafflusso.

Riferimenti bibliografici

(1) DM 2 aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.





Prestazioni chirurgiche a rischio di inappropriatezza se erogate in regime di Ricovero Ordinario o di Day Surgery

Significato. L'art. 41 del DCPM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" (1) individua i criteri di appropriatezza per l'utilizzo del Day-Surgery (DS), definendo appropriati quei ricoveri in DS per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguite in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente. Il DPCM prevede, quindi, che l'erogazione delle prestazioni elencate in Tabella 1 avvenga, preferenzialmente, in regime ambulatoriale.

L'indicatore analizza il tasso di dimissioni per prestazioni chirurgiche considerate a rischio di inappropriatezza se erogate in regime di DS e di Ricovero Ordinario (RO). L'elenco di queste prestazioni è definito nell'Allegato 6B del citato DCPM.

Allo stato attuale non sono disponibili dati affidabili sull'utilizzo del regime ambulatoriale e non è, quindi, possibile stabilire la quota delle procedure effetti-

vamente erogate in tale *setting* assistenziale per individuare la quota relativa delle prestazioni erogate nei due diversi regimi.

Per tale motivo, allo scopo di ottenere una misura *proxy* dell'appropriatezza relativa alla gestione di tali procedure chirurgiche, sono state rilevate tutte le dimissioni a livello nazionale e regionale da RO e DS delle prestazioni indicate nel DPCM rapportandole al totale dei dimessi con *Diagnosis Related Group* (DRG) chirurgici dalle diverse strutture erogatrici.

L'indicatore è stato costruito per i dimessi sia da istituti pubblici che da privati accreditati.

L'obiettivo della rilevazione è quello di mappare lo scenario attuale, identificando i ricoveri che, secondo il recente riferimento normativo, potrebbero essere, come già riportato, erogati in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente.

Tasso di dimissioni per prestazioni chirurgiche a rischio di inappropriatezza se eseguite in regime di Day Surgery o di Ricovero Ordinario

Numeratore	Dimessi in regime di Day Surgery e di Ricovero Ordinario per prestazioni chirurgiche potenzialmente inappropriate se erogate in regime di Day Surgery o di Ricovero Ordinario*	
Denominatore	Dimessi con DRG chirurgici da struttura erogatrice regionale	x 1.000

*Sono state considerate solo le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) con DRG chirurgico con una delle prestazioni elencate in Tabella 1 inserita come intervento principale.

Validità e limiti. L'indicatore mostra la situazione nazionale del 2016 per quel che riguarda la quantità di prestazioni definite a rischio di inappropriatezza dal DCPM ed ancora erogate in regime di DS o di RO. Sono, quindi, considerate le prestazioni per cui dovrà essere programmato ed attuato il trasferimento verso il *setting* ambulatoriale, con la precisazione che le procedure elencate dal DPCM comprendono anche prestazioni che nel 3,4% dei casi danno luogo ad un DRG di tipo medico e che tali prestazioni, per coerenza con il denominatore utilizzato, sono state escluse dalla rilevazione. L'indicatore fornisce informazioni sull'appropriatezza organizzativa, ma non sulla qualità della prestazione erogata. L'interpretazione dei risultati dell'analisi deve, inoltre, tenere in considerazione i possibili effetti connessi alla mobilità sanitaria, *in primis* quello relativo ad un ipotizzabile maggior ricorso al RO per facilitare l'accessibilità da parte di utenti extraregione. Pur considerando ciò, non risulta possibile verificare se un tasso di ospedalizzazione contenuto, per le prestazioni in esame, sia dovuto ad un adeguato trasferimento di tali prestazioni verso il regime ambulatoriale o ad eventuali limitazioni nell'accesso ai ser-

vizi e/o a fenomeni di sotto-diagnosi, così come va tenuto in considerazione che un tasso elevato potrebbe, invece, essere spiegato da eventuali facilitazioni nell'accesso ai servizi e/o da fenomeni di sovra-diagnosi. Va, infine, sottolineato che le evidenze rilevate e le difformità regionali potrebbero essere dovute non tanto a specifiche scelte ed esigenze cliniche o assistenziali, ma anche a particolari condizioni organizzative o ad orientamenti delle singole Regioni nel privilegiare o disincentivare l'utilizzo dei vari *setting* assistenziali.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo presenti standard normativi di riferimento, le regioni che presentano i tassi più bassi, evidenziando l'aderire alle indicazioni del DCPM, vengono considerate come standard di riferimento.

Descrizione dei risultati

Nel 2016, nel nostro Paese, su un totale di 3.739.003 ricoveri chirurgici, sono stati effettuati 309.634 ricoveri potenzialmente erogabili in regime ambulatoriale (8,3%). Di questi 309.634 ricoveri a rischio di inappropriatezza rispetto a quanto definito dal DCPM, 171.744





sono stati effettuati in regime di DS (55,5%) e 137.890 in regime di RO (44,5%).

La Tabella 1 e la Tabella 2 mostrano i tassi di dimissioni, con dettaglio regionale, rispettivamente da istituti pubblici e da istituti privati accreditati, per prestazioni erogate in regime di DS e di RO.

Il tasso di dimissione a livello nazionale per prestazioni “a rischio di inappropriatazza” erogate dagli istituti pubblici è del 69,3 per 1.000 dimessi con DRG chirurgico, di cui il 40,3 per 1.000 in regime di DS e il 29,0 per 1.000 in regime di RO. Inoltre, il 41,9%, una quota molto elevata dei ricoveri potenzialmente inappropriati risulta ancora erogato in RO; in alcune realtà regionali questa percentuale è ancora più elevata e fa supporre che le politiche e le strategie per favorire un corretto ed efficiente utilizzo delle strutture, che da diversi anni animano il dibattito nazionale, non siano state applicate concretamente (Tabella 2).

Il dato nazionale del tasso di dimissioni per gli istituti privati accreditati è molto superiore rispetto agli istituti pubblici, pari a 111,9 per 1.000, di cui il 58,1 per 1.000 in DS e il 53,8 per 1.000 in RO (Tabella 2). I dati evidenziano una notevole variabilità regionale per entrambe le tipologie di struttura, ma più marcata per le strutture private accreditate dove, nel 2016, oltre il 48% dei ricoveri chirurgici a rischio di inappropriatazza viene ancora erogato in regime di RO. Per gli istituti pubblici il tasso totale è compreso tra il 42,2 per 1.000 del Veneto e il 122,8 per 1.000 della Campania, mentre per le strutture private accreditate tra il 27,1 per 1.000 della Calabria e il 478,5 per 1.000 della Valle d'Aosta. Le regioni che presentano un tasso al di sotto del valore

nazionale, per entrambe le tipologie di struttura erogatrice, sono la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, il Lazio, la Puglia, la Calabria e la Sicilia. La Valle d'Aosta, la Toscana, le Marche e il Molise presentano un tasso al di sotto del dato nazionale per i ricoveri erogati presso le strutture pubbliche, ma sensibilmente superiore per i ricoveri erogati presso le strutture private accreditate. Tutte le altre regioni presentano tassi superiori al valore nazionale per entrambe le tipologie di struttura.

Il *range* regionale per i ricoveri presso istituti pubblici in regime di DS è compreso tra il 17,7 per 1.000 della Puglia e l'82,1 per 1.000 della PA di Trento, mentre per il RO tra il 12,6 per 1.000 della Liguria e il 43,5 per 1.000 dell'Umbria. Per quanto riguarda i ricoveri presso strutture private accreditate, invece, il tasso in DS varia dallo 0,0 per 1.000 della Basilicata e della Valle d'Aosta e il 249,0 per 1.000 del Friuli Venezia Giulia, mentre per il RO tra il 9,9 per 1.000 della Liguria e il 478,5 per 1.000 della Valle d'Aosta.

La percentuale dei ricoveri in DS rispetto al totale è del 58,1% per gli istituti pubblici e del 51,9% per gli istituti privati. Come accennato in precedenza, quasi la metà dei ricoveri per prestazioni a rischio di inappropriatazza avviene, quindi, ancora in RO, evidenziando un inaccettabile spreco di risorse, un impegno eccessivo di letti di degenza ordinaria e un aumentato rischio per i pazienti connesso, soprattutto, ad un elevato periodo di soggiorno in ospedale. Questa situazione rappresenta un limite per l'efficienza del sistema, nonché un fattore di rischio per la sicurezza delle cure.





Tabella 1 - Codifica ICD-9-CM delle prestazioni a rischio di inappropriately contenute nell'Allegato 6B del DPCM "aggiornamento LEA" - Anno 2017

Codice	Prestazione
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE
08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
13.19	ALTRA ESTRAZIONE INTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO
13.2	ESTRAZIONE EXTRACAPSULARE DI CATARATTA CON TECNICA DI ESTRAZIONE LINEARE
13.3	ESTRAZIONE EXTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO CON TECNICA DI ASPIRAZIONE SEMPLICE
13.4x	ESTRAZIONE EXTRACAPSULARE DI CATARATTA CON TECNICA DI FRAMMENTAZIONE E ASPIRAZIONE
13.70, 13.71	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO
53.0x	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRECTA
53.2x	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI
53.4x	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON O SENZA PROTESI
77.56, 77.57	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLINO/ARTIGLIO
80.2x	ARTROSCOPIA PER TUTTE LE SEDI
81.72	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO
81.75	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE
84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE
98.51	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA (comprende tutte e tre le prestazioni sotto indicate:
98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE
98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE (per seduta successiva alla prima)
98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA

Fonte dei dati: Allegato 6B DPCM 12 gennaio 2017 "Aggiornamento LEA" (1). Anno 2017.

Tabella 2 - Tasso (valori per 1.000) di dimissione dagli istituti pubblici per prestazioni "a rischio di inappropriately" erogate in Day Surgery e in Ricovero Ordinario e Ricoveri Ordinari (valori per 100) sul totale dei ricoveri per prestazioni "a rischio inappropriately" per regione - Anno 2016

Regioni	Day Surgery	Ricovero Ordinario	Totale	Ricoveri Ordinari/ totale ricoveri (%)
Piemonte	30,4	48,1	78,5	61,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	42,5	21,8	64,4	33,9
Lombardia	35,8	28,3	64,1	44,1
Bolzano-Bozen	75,8	31,4	107,2	29,3
Trento	82,1	16,2	98,4	16,5
Veneto	20,0	22,2	42,2	52,6
Friuli Venezia Giulia	53,6	40,0	93,6	42,8
Liguria	66,2	12,6	78,8	16,0
Emilia-Romagna	28,0	24,5	52,5	46,6
Toscana	44,6	25,4	70,1	36,3
Umbria	28,2	43,5	71,6	60,7
Marche	22,8	43,1	65,9	65,4
Lazio	32,1	22,5	54,5	41,2
Abruzzo	43,9	27,2	71,0	38,3
Molise	26,6	32,1	58,7	54,6
Campania	91,6	31,2	122,8	25,4
Puglia	17,7	41,6	59,3	70,1
Basilicata	82,7	36,4	119,0	30,6
Calabria	21,1	26,9	48,0	56,0
Sicilia	26,8	18,4	45,2	40,8
Sardegna	78,7	23,1	101,8	22,7
Italia	40,3	29,0	69,3	41,9

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.





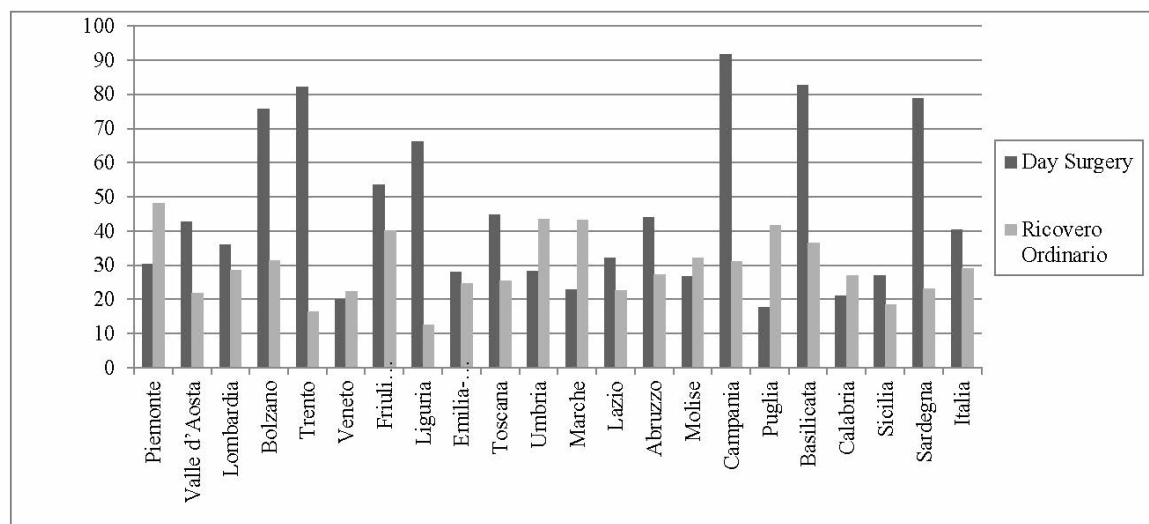
Tabella 3 - Tasso (valori per 1.000) di dimissione dagli istituti privati accreditati per prestazioni “a rischio di inappropriatelyzza” erogate in Day Surgery e Ricovero Ordinario e Ricoveri Ordinari (valori per 100) sul totale di ricoveri per prestazioni “a rischio inappropriatelyzza” per regione - Anno 2016

Regioni	Day Surgery	Ricovero Ordinario	Totale	Ricoveri Ordinari/ totale ricoveri (%)
Piemonte	65,4	174,3	239,7	72,7
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	0,0	478,5	478,5	100,0
Lombardia	48,0	53,5	101,5	52,7
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trento	165,0	63,3	228,3	27,7
Veneto	31,8	36,9	68,8	53,7
Friuli Venezia Giulia	249	65,4	314,5	20,8
Liguria	110,7	9,9	120,7	8,2
Emilia-Romagna	29,3	36,5	65,8	55,5
Toscana	118,3	122,5	240,8	50,9
Umbria	27,2	189,8	217,0	87,5
Marche	43,4	104,9	148,2	70,7
Lazio	58,5	31,6	90,1	35,1
Abruzzo	63,2	61,8	125,0	49,5
Molise	102,8	37,0	139,8	26,5
Campania	95,0	34,1	129,1	26,4
Puglia	10,5	43,4	53,9	80,5
Basilicata	0,0	218,8	218,8	100,0
Calabria	3,7	23,4	27,1	86,3
Sicilia	33,2	28,4	61,7	46,1
Sardegna	106,6	104	210,6	49,4
Italia	58,1	53,8	111,9	48,1

n.d. = non disponibile

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.

Grafico 1 - Tasso (valori per 1.000) di dimissioni dagli istituti pubblici per prestazioni “a rischio inappropriatelyzza” erogate in regime di Day Surgery e di Ricovero Ordinario per regione - Anno 2016

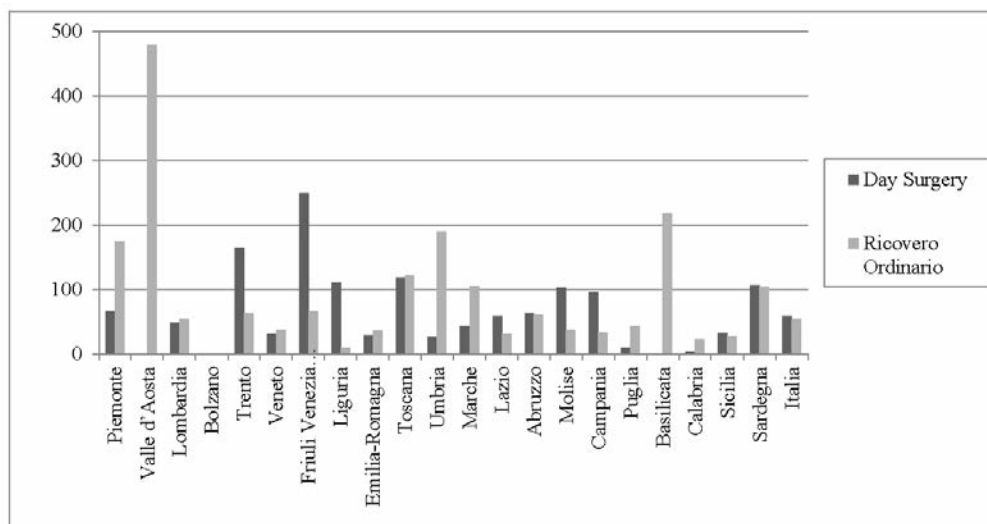


Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.





Grafico 2 - Tasso (valori per 1.000) di dimissioni dagli istituti privati accreditati per prestazioni “a rischio inappropriata” erogate in regime di Day Surgery e di Ricovero Ordinario per regione - Anno 2016



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi effettuata può rappresentare il punto di partenza per seguire nel tempo l'effettiva adesione delle diverse Regioni alle indicazioni fornite dal DCPM del 12 gennaio 2017. Sulla base di tali indicazioni le Regioni e le PA hanno dovuto, entro il 15 marzo 2017, programmare e mettere in atto strategie e misure adeguate col fine di incentivare il trasferimento dal regime di DS e di RO al *setting* ambulatoriale degli interventi chirurgici elencati nell'Allegato 6B (Tabella 1). Il buon esito delle azioni programmate da mettere in campo dovrebbe consentire da un lato la riduzione del numero di ricoveri, contribuendo alla riduzione del tasso di ospedalizzazione generale e ad un più appropriato utilizzo dei posti letto per una casistica più complessa, e dall'altro di non condizionare/subordinare l'esecuzione di tali interventi alla disponibilità dei posti letto stessi. Il recupero di efficienza e di risorse assistenziali potrebbe avere come effetto immediato un aumento di produttività relativa delle strutture e, di conseguenza, anche una possibile riduzione delle liste di attesa.

Alcune regioni hanno già da tempo normato o fornito indicazioni, pur con sensibili differenze regionali, per attuare un progressivo trasferimento delle prestazioni analizzate dal regime di DS a quello ambulatoriale, come risulta evidente dalla rilevazione effettuata. Nel

dettaglio si evidenzia, comunque, un tasso di ricovero ancora elevato per le prestazioni prese in esame, di cui una buona parte svolto in regime di RO. Le regioni dovranno, quindi, nel breve e medio termine impegnarsi per favorire il trasferimento di almeno una parte di tali attività dal regime di RO e di DS a quello ambulatoriale. Al fine di perseguire tale obiettivo, sarà necessaria l'adozione di adeguati percorsi condivisi tra professionisti che consentano anche una appropriata selezione della casistica da trattare in regime ambulatoriale, nonché il corretto utilizzo delle opportunità offerte dalle nuove tecnologie, sia nella pratica clinica che nell'organizzazione dei percorsi di cura. Il mancato ricovero per l'esecuzione degli interventi oggetto di esame dovrà, inoltre, essere sostituito da un adeguato supporto, clinico ed assistenziale, da parte dei servizi territoriali. Si sottolinea, infine, la necessaria implementazione ed un più sistematico utilizzo, per il regime ambulatoriale, di un flusso informativo adeguato come il Sistema Tessera Sanitaria, che consenta un puntuale monitoraggio dell'attività ambulatoriale in tutte le regioni.

Riferimenti bibliografici

(1) Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017, Allegato 6B. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg.





Incidenza ospedaliera per sepsi, sepsi severa e *shock* settico

Significato. La sepsi, sindrome caratterizzata da importanti anomalie fisiologiche, patologiche e biochimiche sistemiche, mostra una crescente incidenza a livello globale (1) rappresentando, perciò, un problema clinico da considerare attentamente, in particolare nel *setting* dell'assistenza ospedaliera. Essa si manifesta come una condizione clinica relativamente frequente, di difficile gestione ed associata ad una mortalità elevata quando si accompagna a insufficienza di organo (sepsi grave) o ad uno stato di *shock* (*shock* settico). L'incidenza della sepsi è in continuo aumento anche in Italia, riflettendo l'invecchiamento della popolazione, la prevalenza di comorbidità e la crescente e preoccupante resistenza agli antimicrobici, come sottolineato dal recente Report del "Global Antimicrobial Surveillance system" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2).

Il lavoro si propone di analizzare i tassi di incidenza ospedaliera di sepsi nei servizi sanitari regionali negli

anni 2014, 2015 e 2016. Sono state analizzate le dimissioni in Ricovero Ordinario (RO) con diagnosi di sepsi, sepsi severa e *shock* settico. La sepsi rappresenta una sfida importante in quanto la possibilità di identificare precocemente e di codificare correttamente i casi è subordinata al livello di attenzione posto dal sistema su tale problematica clinica, alla disponibilità di adeguate condizioni tecnologiche ed organizzative, nonché all'esperienza dei singoli professionisti. Sulla base di tali evidenze, alcune Regioni hanno da diversi anni avviato programmi di sensibilizzazione dei professionisti nei confronti della sepsi, promuovendo azioni finalizzate alla sua prevenzione, ad un suo tempestivo riconoscimento e al trasferimento nella pratica clinica di tutti quegli interventi ritenuti efficaci per contrastarne la diffusione e migliorarne l'evoluzione, sia in termini di severità che di mortalità (3, 4).

Tasso di incidenza ospedaliera per sepsi, sepsi severa e *shock* settico

Numeratore	Casi con diagnosi per sepsi, sepsi severa e <i>shock</i> settico* (Ricoveri Ordinari)	
		x 10.000
Denominatore	Ricoveri Ordinari per regione erogatrice **	

*Sono stati inclusi tutti i casi con codice di diagnosi ICD-9-CM 995.1 "Sepsi" e 995.92 "Sepsi severa".

**Ricoveri Ordinari (esclusi i ricoveri con disciplina 56, 60, 28, 75 e 40).

Validità e limiti. Il processo di identificazione e di codifica dei casi di sepsi può variare in funzione di diversi fattori attribuibili all'*expertise* della componente professionale, al livello di attenzione nei confronti del problema posto dalle diverse organizzazioni e alle peculiarità del *setting* assistenziale in cui si verificano. Per queste ragioni l'incidenza del fenomeno può presentare una elevata variabilità e scostamenti significativi rispetto al dato reale nelle rilevazioni effettuate in strutture diverse, contribuendo a determinare una rilevante difformità dei dati quando si confrontano le casistiche regionali. I dati analizzati nel presente Capitolo rappresentano, pertanto, più un *proxy* della capacità di identificare e codificare correttamente gli eventi che una puntuale rilevazione della reale incidenza degli stessi. In questa logica le regioni che presentano valori più elevati potrebbero essere quelle che sanno cogliere e intercettare con maggiore sensibilità i casi di sepsi mentre, probabilmente, esiste una significativa sottostima del fenomeno nelle regioni che presentano valori più bassi. In considerazione di tale variabilità, strettamente dipendente dalla qualità delle rilevazioni effettuate, non si è ritenuto fondamentale standardizzare i tassi in funzione del *case-mix* o dei tassi di ospedalizzazione regionali e di ciò occorre in qualche misura tenere conto nell'interpretazione dei dati delle singole realtà regionali.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza sia di un valore di riferimento regolatorio che di uno standard di buona prassi internazionale e alla luce di quanto descritto nel paragrafo precedente, può essere considerato come benchmark il valore medio delle 3 regioni con il tasso di incidenza più basso.

Descrizione dei risultati

Il tasso di incidenza ospedaliera dei ricoveri con diagnosi di sepsi del livello nazionale mostra un trend in aumento nei 3 anni considerati dall'analisi passando, rispettivamente, dai 68,8 casi per 10.000 ricoveri del 2014 ai 90,6 per 10.000 del 2016, con un incremento del 31,7%. L'analisi per regione mostra una forte differenza geografica, con le regioni del Nord, ad eccezione della Valle d'Aosta, che presentano i valori più elevati rispetto al dato nazionale e a quasi tutte le regioni del Meridione (Tabella 1, Grafico 1). Il fenomeno potrebbe essere dovuto alla diversa sensibilità dei sistemi di sorveglianza adottati e alle modalità e caratteristiche di codifica dei casi di sepsi, ovvero al diverso *case-mix* e alle differenze nei tassi di ospedalizzazione regionali.

Nello specifico, le regioni che presentano, nel 2016, la maggiore incidenza ospedaliera di casi di sepsi, sepsi severa e *shock* settico sono la Liguria, l'Emilia-





ASSISTENZA OSPEDALIERA

423

Romagna e il Piemonte con valori, rispettivamente, di 186,4, 180,6 e 163,8 casi per 10.000 ricoveri. Le regioni che presentano i tassi di incidenza ospedaliera più bassi sono la Valle d'Aosta, la Basilicata, la Puglia, l'Abruzzo e la Campania con valori, rispettivamente, di 4,9, 7,9, 15,5, 31,5 e 37,7 per 10.000. La differenza percentuale tra il 2014 e il 2016 dei tassi di incidenza mostra come l'incremento maggiore si sia osservato in Molise (+201,1%), Sicilia (+66,0%) e Umbria

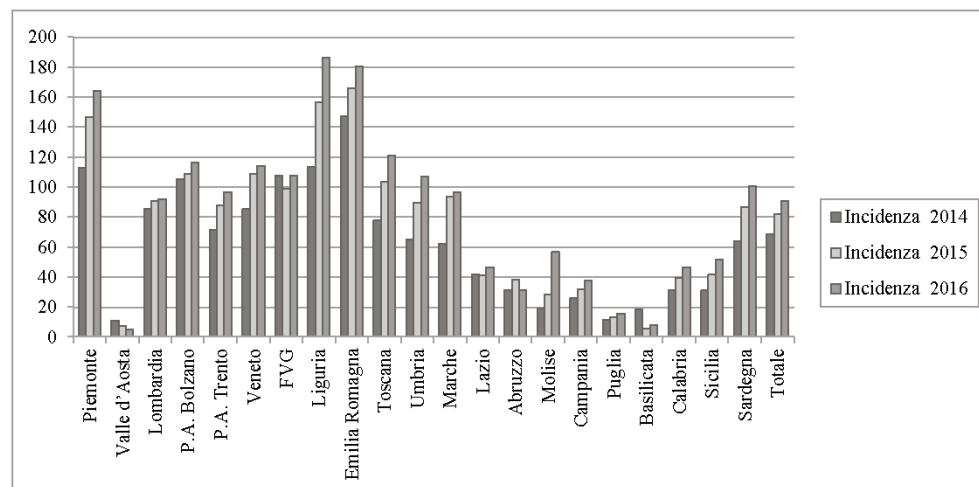
(+64,8%). I risultati mostrano, dunque, una situazione molto eterogenea, ma un trend in deciso aumento in quasi tutte le regioni (incremento minimo pari allo 0,1% del Friuli Venezia Giulia e incremento massimo pari al 201,1% del Molise). Da evidenziare la situazione della Valle d'Aosta e della Basilicata in cui il tasso di incidenza è in sensibile riduzione, diversamente a quanto osservato nelle altre regioni.

Tabella 1 - Tasso (valori per 10.000) di incidenza ospedaliera per sepsi, sepsi severa e shock settico e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2014-2016

Regioni	2014	2015	2016	Δ % (2016-2014)
Piemonte	112,8	146,7	163,8	45,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,0	7,3	4,9	-55,5
Lombardia	85,2	90,8	91,9	7,9
Bolzano-Bozen	105,3	108,6	116,2	10,4
Trento	71,6	87,7	96,6	34,9
Veneto	85,3	108,7	114,2	33,9
Friuli Venezia Giulia	107,6	98,8	107,7	0,1
Liguria	113,3	156,2	186,4	64,5
Emilia-Romagna	147,0	165,7	180,6	22,9
Toscana	77,6	103,8	120,7	55,5
Umbria	65,0	89,4	107,1	64,8
Marche	62,2	93,3	96,7	55,5
Lazio	41,8	41,1	46,3	10,8
Abruzzo	31,3	38,2	31,5	0,6
Molise	18,8	28,5	56,6	201,1
Campania	25,8	31,6	37,7	46,1
Puglia	11,6	13,3	15,5	33,6
Basilicata	18,5	5,3	7,9	-57,3
Calabria	31,1	39,5	46,4	49,2
Sicilia	30,9	41,5	51,3	66,0
Sardegna	63,8	86,8	100,3	57,2
Italia	68,8	82,1	90,6	31,7

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.

Grafico 1 - Tasso (valori per 10.000) di incidenza per sepsi, sepsi severa e shock settico per regione - Anni 2014-2016



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.





Raccomandazioni di Osservasalute

La marcata eterogeneità dei dati evidenzia i limiti, sottolineati nei precedenti paragrafi, dell'utilizzo dell'incidenza di sepsi ospedaliera come indicatore utile a valutare la qualità delle cure e la capacità di prevenire l'evento stesso. Le differenze tra regioni e i trend in aumento sono, come già descritto, probabilmente imputabili maggiormente alla capacità delle strutture di individuare in modo appropriato e precoce tale patologia e alla sensibilità dei professionisti verso una corretta codifica, che a reali e consistenti differenze nei valori di incidenza. Da diversi anni sono stati definiti ed avviati, a livello di alcune regioni, Progetti che prevedono il monitoraggio continuo delle innovazioni tecnologiche, organizzative e gestionali in grado di contrastare il fenomeno, la loro diffusione e promozione, e la valutazione dell'impatto degli interventi stessi (3, 4). Le *good practice* da implementare sono relative al riconoscimento tempestivo, alla diagnosi microbiologica, all'inizio precoce e mirato della terapia antibiotica e all'attuazione di una assistenza intensiva precoce. L'incremento dei tassi nella quasi totalità delle regioni evidenzia, dunque, un aumento dell'attenzione nei confronti di questa condizione.

Ciò nonostante, una mappatura sistematica di questo quadro patologico nel contesto italiano risulta necessaria per definire strategie nazionali e regionali orien-

tate ad una sua più efficace gestione, come recentemente messo in luce anche da due pubblicazioni internazionali (1, 5) in cui sono state evidenziate le criticità di questa sindrome e aggiornate le Linee Guida e strategie di *management* organizzativo e clinico.

Nell'ottica del governo clinico e della promozione continua della qualità delle cure parrebbe, pertanto, essere utile e necessario adottare idonei provvedimenti con l'obiettivo di incrementare la consapevolezza dei professionisti sanitari nei confronti di questa condizione tenendo in considerazione che i criteri di definizione e di codifica della stessa risultano difficili da uniformare e in continuo aggiornamento.

Riferimenti bibliografici

- (1) Mervyn Singer et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016; 315 (8): 801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287.
- (2) Organizzazione Mondiale della Sanità. Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) Report. 2018. Ginevra.
- (3) Dossier n. 143/2007 - Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna.
- (4) Disponibile sul sito: www.ars.toscana.it/it/percorso-sepsi.html.
- (5) Michael D. Howell, Andrew M. Davis Management of Sepsis and Septic Shock. *JAMA* February 28, 2017 Volume 317, Number 8.





Gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure: percorso normativo e prospettive regionali

Dott. Ottavio Nicastro, Dott. Gianni Pieroni

La sicurezza è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità.

Il tema della sicurezza delle cure è emerso come fondamentale in ambito sanitario fin dalla fine degli anni Novanta del secolo scorso, in quanto è stato rilevato che gli "errori", come componente ineludibile dell'attività umana, avessero un peso rilevante rispetto alle attività assistenziali e gli "incidenti" rappresentassero fenomeni più frequenti di quanto si ritenesse in precedenza. Questa consapevolezza si basava anche sulla ricerca relativa a settori ad alta complessità quali, ad esempio, l'aviazione civile, l'industria chimica e nucleare, le piattaforme di estrazione petrolifera che, pur essendo organizzazioni a rischio di incidenti catastrofici, presentavano elevata affidabilità. Il trasferimento all'ambito sanitario di alcuni principi che caratterizzano queste organizzazioni ha rappresentato una sfida e una opportunità. Si è, pertanto, messo in moto e sempre più sviluppato negli anni un vero e proprio movimento culturale mondiale con lo scopo di perseguire l'obiettivo del miglioramento dei livelli di sicurezza nella sanità. Anche a livello nazionale, l'impegno per la promozione della sicurezza del paziente ha coinvolto, a vario titolo e con diversa responsabilità, tutti i soggetti del "sistema salute". Nel nostro Paese dal punto di vista normativo si può osservare un percorso che presenta degli snodi cruciali. Il Decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006, "Approvazione del piano sanitario nazionale 2006-2008", pone la gestione del rischio clinico a salvaguardia e tutela della sicurezza dei pazienti e del personale tra gli elementi di rilevanza primaria per il successo delle strategie di governo clinico. L'anno successivo, il Decreto del Ministro della Salute del 10 gennaio 2007 attiva il Sistema Nazionale di riferimento per la sicurezza dei pazienti. Il 20 marzo 2008, inoltre, viene sottoscritta l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le PA concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, con la quale viene posto proprio a carico delle Regioni e delle PA, a tutela dell'interesse pubblico rappresentato dal diritto alla salute e della garanzia della qualità del sistema sanitario, l'impegno a promuovere, tra l'altro, il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza. Riguardo a quest'ultima attività, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) avvia, nel 2008, le attività dell'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti: attraverso un sistema *web* di rilevazione delle esperienze di miglioramento della sicurezza dei pazienti, vengono annualmente raccolte, e rese disponibili ai professionisti, ai cittadini e ai diversi *stakeholder*, una molteplicità di pratiche realizzate dalle organizzazioni sanitarie, valutate e validate dalle Regioni.

Rispetto alla rilevazione degli eventi avversi, con il Decreto dell'11 dicembre 2009 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali istituisce il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), con lo scopo di rilevare informazioni relative agli eventi sentinella, cioè quegli eventi di particolare gravità indicativi di un serio malfunzionamento del sistema sanitario, e rilevare, altresì, informazioni relative alle denunce dei sinistri in modo da determinare il rischio infortunistico e assicurativo. Gli eventi sentinella sono considerati, per la loro gravità ed il loro significato, accadimenti di grande rilevanza per la sicurezza dei pazienti, con importanti ripercussioni sulle organizzazioni sanitarie, sui professionisti e sulle amministrazioni locali e regionali.

Come è evidente il livello regionale ha svolto e svolge un ruolo importante nelle politiche e nelle azioni sulla sicurezza delle cure, anche attraverso un proprio coordinamento, oggi rappresentato da una Sub Area dell'Assistenza Ospedaliera nel contesto della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e PA. L'obiettivo del coordinamento è quello di promuovere le politiche sanitarie nazionali e internazionali per la sicurezza delle cure e favorire lo sviluppo della cultura della sicurezza nei diversi contesti regionali e nelle aziende sanitarie. Le funzioni svolte sono quelle di:

- riferimento tecnico della Commissione Salute;
- riferimento tecnico delle Istituzioni governative (Ministero della Salute, Agenas e Istituto Superiore di Sanità);
- confronto e scambio di esperienze e competenze tra le Regioni;
- proporre tematiche e questioni emergenti a livello regionale sulle quali svolgere indagini e approfondimenti;
- valutare la fattibilità e favorire l'applicazione delle buone pratiche e raccomandazioni messe a punto dalle istituzioni governative e scientifiche.

Rispetto a quest'ultima funzione, nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del governo clinico, il Ministero della Salute, in collaborazione appunto con gli esperti di regioni e PA, fin dal 2005 si è impegnato nella stesura e diffusione di "Raccomandazioni" finalizzate alla prevenzione di eventi sentinella. Ad oggi, sono state pubblicate dal Ministero diciassette raccomandazioni e per molte di queste vi sono stati recepimenti ed





adattamenti alle realtà regionali. L'Agenas, sempre in collaborazione con le Regioni e PA, ha sviluppato un sistema dinamico di monitoraggio dell'applicazione di tali raccomandazioni con lo scopo di fornire a livello regionale il supporto nell'osservazione costante dello stato di implementazione di ciascuna di esse da parte delle aziende/strutture sanitarie. Il sistema si prefigge, inoltre, di supportare le organizzazioni sanitarie e i professionisti nell'applicazione delle raccomandazioni e di rilevare i determinanti organizzativi e socio-comportamentali che ne influenzano la *compliance*.

Si può dire rispetto al tema della sicurezza che vi sia stato un percorso costante di attenzione istituzionale; infatti, il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 torna ad occuparsi della questione e individua, tra le azioni strategiche e gli obiettivi da raggiungere nel triennio, la promozione della sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico.

Più recentemente, il Decreto n. 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" prevede, rispetto alla gestione del rischio clinico, che lo standard sia costituito dalla documentata e formalizzata presenza di: sistema di segnalazione degli eventi avversi, identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (*checklist* operatoria) e Scheda Unica di Terapia, sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani e programmi di formazione specifica.

La Legge n. 208 del 28 dicembre 2015 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Finanziaria 2016), con le disposizioni dell'art. 1 commi 538-540, stabilisce che la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenti un interesse rilevante del Servizio Sanitario Nazionale e che le Regioni dispongano che tutte le strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*) per l'esercizio dei seguenti compiti:

- attivazione dei percorsi di *audit* o altre metodologie, finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario.

Infine, a 10 anni dal primo Decreto del gennaio 2007 che istituiva un sistema nazionale per la sicurezza dei pazienti, viene emanata la Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" che all'art. 1 sancisce quanto segue: la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute e tutto il personale deve concorrere al soddisfacimento di questo diritto attraverso le attività di prevenzione.

All'art. 2, la suddetta legge prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto, inoltre, che detta relazione venga pubblicata nel sito *internet* della struttura sanitaria. La questione che viene posta rispetto alla tematica di riferimento non può essere limitata all'ambito di una pur utile e puntuale rilevazione degli "eventi avversi" che devono essere oggetto di registrazione e di successiva trasmissione/pubblicazione, ma riguarda di fatto l'impegnativo tema dell'individuazione di tutti gli incidenti/accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni che aumentino il livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.

Come evidenziato dal Decreto attuativo del 29 settembre 2017 che istituisce l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche per la sicurezza nella sanità, lo scenario si amplia andando ben oltre il tema della rilevazione dei soli "eventi avversi" per richiamare quello della misurazione della sicurezza delle cure e delle relative fonti informative da cui attingere le informazioni. La rilevazione degli eventi viene, poi, posta dal legislatore in correlazione con l'analisi degli stessi per individuarne le cause e, soprattutto, per la predisposizione di iniziative conseguenti finalizzate ad evitarne il ripetersi; risulta, quindi, chiaro che la prospettiva evocata e che rappresenta l'elemento centrale è quella della prevenzione e del miglioramento.

Un lavoro quindi impegnativo quello che attende i diversi soggetti interessati, tra cui appunto le Regioni che sono chiamate ad un ulteriore livello di responsabilità attraverso l'istituzione in ciascuna di esse, prevista sempre dall'art. 2, del Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente; tale Centro ha come compito basilare quello di raccogliere dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private i dati regio-



nali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e di trasmetterli annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella sanità. In conclusione, si può affermare che nel nostro Paese si sono compiuti ingenti sforzi per garantire sicurezza delle cure e qualità delle prestazioni. Tale impegno ha apportato evidenti benefici, in termini di diffusione della cultura della sicurezza, introduzione di metodi e strumenti, elaborazione di strategie e architetture organizzative spesso basate sui contesti e i bisogni locali. In tal senso, vi sono di certo motivi di soddisfazione ma, come evidenzia appunto l'emanazione della Legge n. 24/2017, occorre avere la consapevolezza che l'obiettivo di realizzare un servizio sanitario pienamente sicuro in tutto il Paese deve essere ancora ulteriormente perseguito.

