



## Assistenza territoriale

Da diversi anni i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare la sempre più attuale sfida dell'aumento dell'incidenza e della prevalenza delle patologie croniche e della disabilità. Il progressivo invecchiamento della popolazione, unitamente agli avanzamenti nelle possibilità di diagnosi e trattamento delle patologie e al fatto che diverse patologie croniche condividono uno o più fattori di rischio, aumenta il numero di individui affetti da multimorbilità (1). Come discusso nelle precedenti Edizioni di questo Capitolo, l'attuale configurazione dell'offerta di servizi sanitari, prettamente ospedalocentrica e basata su logiche prestazionali e reattive, risponde parzialmente ai nuovi bisogni di salute della popolazione. Logiche reattive sono attualmente perseguite anche a livello di offerta sanitaria territoriale: la risposta al bisogno acuto non complesso, che non necessita di assistenza ospedaliera, trova, in diversi contesti, adeguata risposta "on-demand". Le modificazioni nel bisogno di salute della popolazione richiedono, invece, il passaggio a logiche proattive di "presa in carico" delle comunità e degli individui che ne fanno parte garantendo facilità di accesso ai servizi più appropriati e continuità dell'assistenza tra i vari *setting* e momenti di erogazione secondo una organizzazione dei servizi "on-plan". Questi obiettivi sono realizzabili nella maniera più appropriata attraverso la riorganizzazione e il rafforzamento dei servizi territoriali di Assistenza Primaria (AP) e la costruzione di una forte integrazione di tali servizi con il livello ospedaliero (2, 3). Diversi sforzi sono stati fatti negli ultimi anni per perseguire tale passaggio di logiche; tuttavia, i diversi modelli di gestione della cronicità proposti sono prevalentemente disegnati secondo un approccio *disease-oriented*. L'assistenza sanitaria condizione-specifica, anche erogata da *team* multidisciplinari e multiprofessionali secondo percorsi di cura, è in grado di rispondere a singole condizioni rappresentate da bisogni ben definiti ed è caratteristica dell'assistenza specialistica ospedaliera. In un contesto di AP, comunque, l'organizzazione dei servizi deve svilupparsi attorno al paziente nel suo complesso e, allo stesso tempo, tener conto dell'eterogeneità degli individui che si rivolgono ai servizi territoriali, che rende il bisogno di salute della popolazione cui appartengono assai variegato. A questo scopo, appare necessario il superamento di un approccio definito da alcuni Autori in letteratura come "one size fits all", riferendosi all'offerta di singoli servizi per singoli bisogni a tutta la popolazione, in favore di una organizzazione dell'assistenza secondo gruppi di servizi, offerti a sottogruppi di pazienti caratterizzati da necessità simili (4). Tale approccio necessita di cinque elementi essenziali:

- identificazione di gruppi di pazienti con bisogni di salute simili: attraverso la raccolta e l'analisi di dati sanitari che alimentano flussi informativi correnti possono essere identificati gruppi omogenei di bisogno secondo un'ottica di Medicina di Popolazione. All'interno di ciascun gruppo di bisogno è necessario identificare le caratteristiche specifiche del bisogno individuale e costruire il Piano di Assistenza Individuale (PAI) per il singolo soggetto. Tale attività definisce il collegamento tra la medicina di popolazione e la medicina personalizzata centrata sull'individuo. Questo si concretizza attraverso la valutazione multidimensionale del singolo individuo appartenente ad un definito sottogruppo di popolazione, caratterizzazione del bisogno individuale e definizione del PAI che sarà erogato da un apposito *team* multidisciplinare e multiprofessionale;
- costruzione di *team* multidisciplinari e multiprofessionali attorno al bisogno del singolo individuo. Tali *team* perseguono l'obiettivo di creare integrazione tra i diversi *provider* di servizi. Il *team* di assistenza primaria include il Medico di Medicina Generale e, a seconda del particolare sottogruppo di bisogno, medici specialisti, infermieri, infermieri specializzati ed altro personale di supporto;
- individuazione degli esiti clinici, dei processi e degli *outcome* rilevanti per il paziente da misurare in un'ottica di popolazione per la valutazione del raggiungimento di obiettivi confrontati con standard di riferimento predefiniti e in una prospettiva "person-centered" per la valutazione della qualità clinico-assistenziale;
- definizione di nuovi modelli di pagamento sulla base dell'individuazione dei sottogruppi di popolazione;
- integrazione con gli altri livelli di assistenza (secondario e terziario): la presa in carico del paziente nel suo complesso, e non per la singola condizione patologica presentata, riduce gli interventi diagnostici e terapeutici inappropriati, ottenendo una migliore integrazione tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto tra assistenza territoriale e assistenza ospedaliera (4).

L'identificazione di classi di rischio per livelli di complessità vede alla sua base attività di promozione della salute e prevenzione primaria e secondaria rivolta all'assistito sano o apparentemente sano. Un primo livello di complessità raccoglie circa il 70-80% della popolazione di malati cronici: il paziente riceve un supporto adeguato alla sua condizione e viene educato ad essere partecipante attivo del processo di cura, a gestire la propria patologia prevenendone le complicanze e ritardando il deterioramento ed evitando il sovrapporsi di ulteriori condizioni. Piccoli miglioramenti nell'ambito dell'assistenza si associano ad ampi risultati in termini di salute. Un



secondo livello di complessità comprende, invece, circa il 15-20% dei pazienti cronici definiti ad alto rischio per i quali una assistenza di elevata qualità ed *evidence-based* può essere fornita da un *team* multiprofessionale e multidisciplinare. Infine, circa l'1-5% di una popolazione di individui assistiti è rappresentata dal paziente ad elevata complessità (5). In definitiva possiamo riassumere quattro categorie di bisogno per le quali è possibile definire interventi programmabili:

1. assistito sano o apparentemente sano, che comprende persone appartenenti a popolazioni bersaglio di screening (ricerca del sangue occulto nelle feci, mammografia e Pap-test), o vaccinazioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione;
2. paziente affetto da cronicità "semplice". Servizi rivolti a tale popolazione comprendono, ad esempio, attività programmate di controllo del diabete come la concentrazione della emoglobina glicata A1c annuale. Il ricorso ai servizi ospedalieri per questi pazienti è ad elevato rischio di inappropriatazza (ad esempio ospedalizzazioni evitabili per asma pediatrico);
3. paziente che presenta una condizione di salute complessa (multicronicità complicata, malattie croniche rare e malattie psichiatriche);
4. paziente cronico avanzato o in fase terminale di malattia che necessita di cure palliative.

Questo Capitolo del Rapporto Osservasalute 2018 presenta i risultati di indicatori "core" che hanno il fine di misurare i processi di assistenza rivolti a specifici *target* identificati sulla base della tipologia di bisogno; questi, in particolare, comprendono:

- assistiti con bisogni di salute complessi legati alla non autosufficienza;
- assistiti in età pediatrica.

Il monitoraggio dei processi di assistenza mediante i suddetti indicatori rende possibili dinamiche di miglioramento continuo con il fine ultimo di affrontare nel modo più appropriato le specifiche configurazioni del bisogno assistenziale per i particolari *target* individuati.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Starfield B, Kinder K. Multimorbidity and its measurement. *Health Policy* 2011; 103: 3-8.
- (2) G. Damiani, A. Acampora, A. Corsaro. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2015, Assistenza territoriale, 2016.
- (3) G. Damiani, A. Acampora, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2015, Assistenza territoriale, 2017.
- (4) Porter, M. E., Pabo, E. A., & Lee, T. H. (2013). Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs*, 32 (3), 516-525.
- (5) Department of Health. Supporting people with long-term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. London: Department of Health; 2005.



## Assistenza Domiciliare Integrata

**Significato.** La crescente longevità della popolazione italiana, se da un lato rappresenta certamente un rilevante esito del servizio sanitario pubblico che ha reso disponibili, universalmente, i progressi dell'innovazione scientifica e tecnologica, in particolare nel campo dell'assistenza del paziente acuto e della prevenzione, dall'altro si accompagna ad un progressivo incremento dell'incidenza e della prevalenza di patologie cronico-degenerative.

Al 1 gennaio 2018 la popolazione residente in Italia era pari a 60 milioni 484 mila unità con una età media di 45,2 anni ed un tasso di ultra 65enni pari al 22,6%. Confrontando i dati emersi dal Censimento del 1991 e quello del 2018 emerge un significativo aumento della popolazione anziana ( $\geq 65$  anni) in termini sia assoluti (da 8,7 milioni a 13,6 milioni) che percentuali rispetto al totale della popolazione (dal 15,3% al 22,6%) (1). Parte del processo di invecchiamento in divenire è spiegato dall'“alto”, ovvero dal transito delle coorti del “baby boom” (nati nel periodo 1961-1976) tra la tarda età attiva (39-64 anni) e l'età senile (65 anni ed oltre). Assistiamo, pertanto, all'aumento dello squilibrio demografico: con quasi 170 anziani (persone di almeno 65 anni) ogni 100 giovani (0-14 anni) l'Italia è il secondo Paese più vecchio al mondo dopo il Giappone (3).

Nel 2017, il 39,9% dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una patologia cronica, dato che risulta stabile rispetto al 2016. Le patologie cronico-degenerative sono più frequenti tra le persone ultra 75enni (la quota raggiunge l'85,8%), ma già nella classe di età 55-59 anni ne soffre il 55,5% e sono le donne ad esserne più frequentemente colpite. Inoltre, il 20,9% della popolazione dichiara di essere affetta da due o più patologie croniche rilevando un tasso di comorbidità tra gli ultra 75enni che si attesta al 65% (56,9% tra gli uomini e 71,8% tra le donne) (4).

Il quadro è quello di una popolazione anziana che deve sostenere un peso elevato in termini di salute ed in termini economici, a causa della lunga durata delle malattie cronico-degenerative, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per l'assistenza sanitaria (5). Al fine di garantire una assistenza appropriata ai pazienti non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, sono necessari percorsi assistenziali definiti, quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Secondo la definizione del Ministero della Salute, l'ADI consiste in un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati al domicilio della persona non autosufficiente e in

condizioni di fragilità (6). L'ADI assicura, infatti, l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica e riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti e cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate nell'ambito del Distretto, come previsto sia dalla normativa nazionale, inclusi gli Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale che negli ultimi 10 anni hanno dato forte impulso alle cure a domicilio, sia dagli atti approvati dalle Regioni in materia di assistenza socio-sanitaria.

Le patologie che consentono l'avvio dell'ADI sono quelle per le quali l'intervento domiciliare si presenta alternativo al ricovero ospedaliero e, salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il Medico di Medicina Generale (MMG) in relazione alla situazione socio-ambientale ed al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, malattie progressivamente invalidanti che necessitano di interventi complessi, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di pazienti vasculopatici, riabilitazione in pazienti neurolesi, malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere. In relazione al bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente si possono individuare interventi di ADI con livelli crescenti di intensità e complessità assistenziale. Le cure domiciliari integrate sono coadiuvate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona, generalmente erogate dai servizi sociali del Comune di residenza dell'assistito. A prescindere dalle forme dell'ADI, la responsabilità clinica è del MMG o del Pediatra di Libera Scelta che ha in carico il paziente, mentre l'*équipe* multidisciplinare, che ha sede organizzativa nel Distretto Sanitario di residenza del paziente, è costituita, a seconda dei casi, da un infermiere professionale, un fisioterapista, un assistente sociale, un operatore socio-assistenziale e medici specialisti necessari alla patologia del paziente. Tutte queste figure concorrono alla valutazione multidimensionale del bisogno clinico che consente la presa in carico della persona e la definizione del “Progetto di assistenza individuale” (PAI) socio-sanitario integrato.

L'ADI costituisce, pertanto, un servizio in grado di garantire una adeguata continuità ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione delle possibili ulteriori complicanze che possono determinare o peggiorare la disabilità.



**Tasso di assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata**

Numeratore	Assistiti che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*	x 100
Denominatore	Popolazione media residente	

**Tasso di assistiti di età 65 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata**

Numeratore	Assistiti di età 65 anni ed oltre che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*	x 100
Denominatore	Popolazione media residente di età 65 anni ed oltre	

**Tasso di assistiti di età 75 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata**

Numeratore	Assistiti di età 75 anni ed oltre che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*	x 100
Denominatore	Popolazione media residente di età 75 anni ed oltre	

**Tasso di assistiti in fase terminale in Assistenza Domiciliare Integrata**

Numeratore	Assistiti in fase terminale che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*	x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente	

\*Si considerano gli assistiti con prese in carico già aperte al 1 gennaio o aperte nel corso dell'anno per le quali sia stato inviato almeno un accesso.

**Validità e limiti.** I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD) (DM 17 Ottobre 2008) e dall'Istituto Nazionale di Statistica. Il flusso SIAD è fonte della valutazione per la Griglia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a partire dall'anno 2013 anche se risulta ancora in corso di implementazione; una volta raggiunta la completa e piena applicazione, permetterà di valutare il percorso di cura nelle sue diverse fasi e la complessità dell'assistenza erogata. In particolare, con il Decreto del Ministro della Salute n. 262/2016, è stato adottato il "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio Sanitario Nazionale". L'attuazione del predetto regolamento ha comportato l'adeguamento dei sistemi informativi regionali alla trasmissione di dati interconnettibili al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute. Tale processo, tuttora in corso, prevede anche il recupero dei dati pregressi a partire dall'anno di messa a regime di ciascun sistema informativo su base individuale del NSIS. L'aggiornamento con i dati interconnettibili verrà realizzato in modo graduale dalle Regioni per i diversi sistemi informativi del NSIS. Le Regioni, inoltre, sono tenute a comunicare al Ministero della Salute la certificazione di avvenuto recupero dei dati pregressi. Sulla base delle predette certificazioni il Ministero della Salute effettua l'aggiornamento dei *datamart* e dei relativi *dashboard* del NSIS con i dati interconnettibili, nonché l'aggiorna-

mento della reportistica relativa agli indicatori presenti nel predetto *dashboard*. A seguito dell'aggiornamento sono, quindi, possibili scostamenti nei valori degli indicatori fino ad ora calcolati nell'ambito della presente Sezione del Rapporto Osservasalute, in conseguenza dell'applicazione delle procedure previste per l'interconnessione che consentono una effettiva distinzione dei soggetti assistiti a livello nazionale. Inoltre, gli indicatori ad oggi calcolabili sono quelli di attività per cui non è possibile effettuare una esaustiva riflessione sulla qualità dell'ADI erogata dalle Aziende Sanitarie Locali, né sulla tipologia dei casi trattati in ragione della difficoltà collegata alla valutazione dell'*outcome* finale. La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale per la valutazione dei bisogni assistenziali, oltre alla presenza di diverse modalità organizzative e assistenziali adottate nelle varie Regioni (formulazione, erogazione e remunerazione del PAI) comporta una sensibile limitazione nella validità di un confronto interregionale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** In assenza di un valore di riferimento legislativo e di omogeneità nei modelli organizzativi, gli indicatori analizzati possono essere considerati in relazione al valore medio delle regioni che presentano valori superiori al dato nazionale.

Mutuando l'esperienza dal monitoraggio dei LEA sull'Assistenza Distrettuale Anziani (dal Documento Ministeriale Adempimento "mantenimento dell'ero-



gazione dei LEA”), per la definizione delle soglie è stato calcolato il valore mediano ed il 30° percentile della distribuzione.

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel corso del 2016 sono state erogate, complessivamente, 456.799 prese in carico al domicilio del paziente. Il numero degli assistiti trattati in ADI si presenta in crescita passando da un valore pari a 0,67% nel 2015 a 0,75% nel 2016. Permane ancora una notevole variabilità dell'indicatore dovuta alla disomogeneità regionale: si va da un valore minimo di 0,04% assistiti in ADI della Sardegna, ad un valore massimo di 1,45% del Molise seguito dal Veneto con 1,24% (Tabella 1).

In Italia, per l'anno 2016, si contano 327.103 pazienti con età  $\geq 65$  anni che sono ricorsi all'ADI, corrispondente al 2,43% della popolazione ultra 65enne media residente. A livello regionale mostra il valore più basso la Sardegna con lo 0,16% seguita dalla Valle d'Aosta

(0,34%). La regione con il valore più elevato è, invece, il Molise con il 3,95% (Tabella 2).

Se si analizza un *target* di età più elevato e nello specifico gli ultra 75enni, si nota un ricorso all'ADI pari al 4,00% della popolazione di età 75 anni ed oltre media residente. A livello regionale è evidente un andamento pari al precedente con la Sardegna che si attesta ai valori più bassi di ricorso all'ADI (0,25%) ed il Molise con ben il 6,27% di utilizzo (Tabella 3).

Per quanto riguarda il numero di ADI rivolte ai pazienti terminali, a livello regionale la Campania presenta il valore più basso con 4,81 casi (per 100.000), mentre la PA di Trento il valore più elevato con 173,84 casi (per 100.000) (Tabella 4). Dall'accorpamento per macroaree si evidenzia come nelle regioni del Nord vi sia il tasso più elevato (76,9 per 100.000) rispetto alle regioni meridionali e centrali (rispettivamente, 59,6 e 51,8 per 100.000) con un trend in aumento per tutte le macroaree rispetto al 2015 (Grafico 1).

**Tabella 1** - Popolazione media residente (valori assoluti), assistiti (valori assoluti) e tasso (valori per 100) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per regione - Anno 2016

Regioni	Popolazione	Assistiti	Tassi di assistiti
Piemonte	4.398.386	40.400	0,92
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	127.106	113	0,09
Lombardia	10.013.758	75.093	0,75
Bolzano-Bozen	522.574	n.d.	n.d.
Trento	538.414	4.979	0,92
Veneto	4.911.326	60.829	1,24
Friuli Venezia Giulia	1.219.545	9.404	0,77
Liguria	1.568.180	16.508	1,05
Emilia-Romagna	4.448.494	47.913	1,08
Toscana	3.743.418	36.376	0,97
Umbria	890.045	5.368	0,60
Marche	1.540.904	8.667	0,56
Lazio	5.893.298	22.991	0,39
Abruzzo	1.324.380	12.229	0,92
Molise	311.238	4.507	1,45
Campania	5.844.967	22.715	0,39
Puglia	4.070.527	30.199	0,74
Basilicata	572.030	2.590	0,45
Calabria	1.967.825	7.707	0,39
Sicilia	5.065.451	47.482	0,94
Sardegna	1.655.637	729	0,04
<b>Italia</b>	<b>60.627.498</b>	<b>456.799</b>	<b>0,75</b>

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute - NSIS - Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Anno 2018.



**Tabella 2** - Popolazione media residente (valori assoluti), assistiti (valori assoluti) e tasso (valori per 100) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata di età 65 anni ed oltre per regione - Anno 2016

Regioni	Popolazione	Assistiti	Tassi di assistiti
Piemonte	1.095.740	28.923	2,64
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	29.251	99	0,34
Lombardia	2.207.697	52.738	2,39
Bolzano-Bozen	100.435	n.d.	n.d.
Trento	114.433	3.793	3,31
Veneto	1.088.891	35.499	3,26
Friuli Venezia Giulia	312.188	7.956	2,55
Liguria	443.616	13.657	3,08
Emilia-Romagna	1.053.289	34.747	3,30
Toscana	936.336	28.275	3,02
Umbria	221.888	4.439	2,00
Marche	372.402	7.203	1,93
Lazio	1.241.903	16.279	1,31
Abruzzo	306.063	10.920	3,57
Molise	74.043	2.922	3,95
Campania	1.053.878	20.523	1,95
Puglia	859.798	14.294	1,66
Basilicata	126.448	2.232	1,77
Calabria	408.019	6.636	1,63
Sicilia	1.032.148	35.370	3,43
Sardegna	370.691	598	0,16
<b>Italia</b>	<b>13.449.152</b>	<b>327.103</b>	<b>2,43</b>

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute - NSIS - Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Anno 2018.**Tabella 3** - Popolazione media residente (valori assoluti), assistiti (valori assoluti) e tasso (valori per 100) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata di età 75 anni ed oltre per regione - Anno 2016

Regioni	Popolazione	Assistiti	Tassi di assistiti
Piemonte	576.394	24.054	4,17
Valle d'Aosta-vallée d'Aoste	14.931	87	0,58
Lombardia	1.127.769	44.298	3,93
Bolzano-Bozen	50.562	n.d.	n.d.
Trento	57.834	3.162	5,47
Veneto	551.257	30.234	5,48
Friuli Venezia Giulia	160.258	6.527	4,07
Liguria	243.326	11.379	4,68
Emilia-Romagna	563.115	30.029	5,33
Toscana	494.823	24.212	4,89
Umbria	119.269	3.833	3,21
Marche	203.005	6.212	3,06
Lazio	629.003	14.130	2,25
Abruzzo	161.801	9.296	5,75
Molise	40.359	2.532	6,27
Campania	496.338	16.923	3,41
Puglia	421.057	11.602	2,76
Basilicata	68.181	1.932	2,83
Calabria	207.814	5.572	2,68
Sicilia	513.041	28.558	5,57
Sardegna	180.240	444	0,25
<b>Italia</b>	<b>6.880.372</b>	<b>275.016</b>	<b>4,00</b>

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute - NSIS - Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Anno 2018.



## ASSISTENZA TERRITORIALE

425

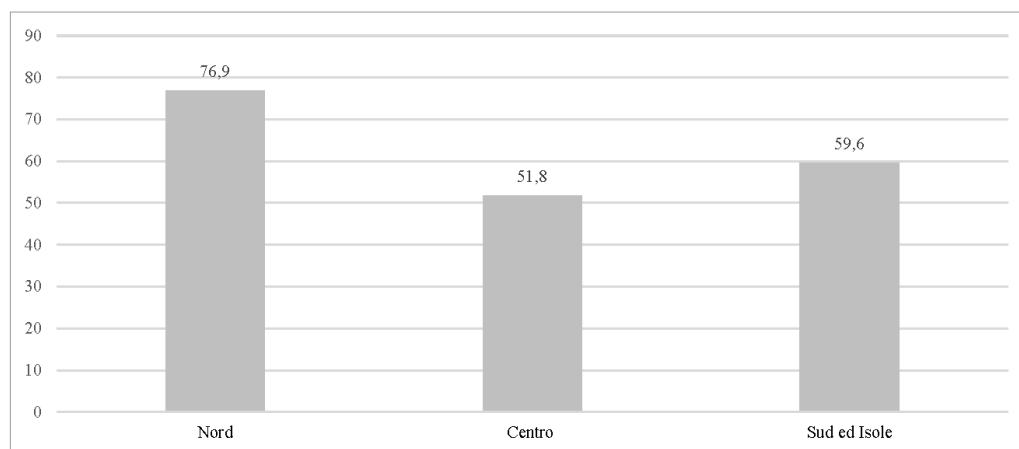
**Tabella 4** - Popolazione media residente (valori assoluti), assistiti (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata in fase terminale per regione - Anno 2016

Regioni	Popolazione	Assistiti	Tassi di assistiti
Piemonte	4.398.386	5.176	117,68
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	127.106	11	8,65
Lombardia	10.013.758	3.319	33,14
Bolzano-Bozen	522.574	n.d.	n.d.
Trento	538.414	936	173,84
Veneto	4.911.326	5.689	115,83
Friuli Venezia Giulia	1.219.545	654	53,63
Liguria	1.568.180	975	62,17
Emilia-Romagna	4.448.494	4.168	93,69
Toscana	3.743.418	3.158	84,36
Umbria	890.045	559	62,81
Marche	1.540.904	621	40,30
Lazio	5.893.298	1.913	32,46
Abruzzo	1.324.380	1.225	92,50
Molise	311.238	31	9,96
Campania	5.844.967	281	4,81
Puglia	4.070.527	3.586	88,10
Basilicata	572.030	123	21,50
Calabria	1.967.825	930	47,26
Sicilia	5.065.451	5.516	108,89
Sardegna	1.655.637	716	43,25
<b>Italia</b>	<b>60.627.498</b>	<b>39.587</b>	<b>65,30</b>

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute - NSIS - Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Anno 2018.

**Grafico 1** - Tasso (valori per 100.000) di pazienti terminali trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anno 2016



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute - NSIS - Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Anno 2018.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati evidenzia, per l'anno 2016, un incremento a livello nazionale dell'attività dell'ADI, nell'ottica di una sempre maggiore implementazione dei modelli organizzativi sanitari delle cure primarie.

Tale incremento è in linea con gli obiettivi posti alle Regioni per la diminuzione dell'ospedalizzazione attraverso l'erogazione di forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero, anche alla luce di quanto previsto dal D. Lgs. n. 135/2012, la cosiddetta *spending review*

della sanità (tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 per 1.000, durata media di degenza per i ricoveri ordinari <7 giorni, tasso occupazione dei posti letto di almeno il 90%).

Dall'analisi dei dati relativi al tasso di assistiti in ADI nel 2016, accorpati per macroaree, emerge che in quasi tutte le regioni si registra un incremento rispetto all'anno precedente, seppure permangono importanti disomogeneità interregionali. La percentuale di *over 65enni* riceventi assistenza domiciliare va dallo 0,16% della





Sardegna al 3,95% del Molise: valori che aumentano, seppur mantenendo lo stesso comportamento differenziato collegato al contesto regionale, nel caso degli *over 75enni* riceventi cure domiciliari.

Sebbene la non omogenea applicazione del flusso dati del SIAD e la recente procedura ministeriale di interconnessione dei sistemi informativi a livello nazionale rendano difficile una completa valutazione delle differenze rilevate, con il consolidamento di tale flusso si avrà a disposizione una migliore possibilità di analizzare le diverse fasi del percorso e la caratterizzazione dei profili di cura domiciliari. La completezza del flusso dati del SIAD consentirà di valutare l'intensità e la complessità dell'assistenza erogata e la natura del bisogno coerentemente a quanto è definito nei LEA cure domiciliari anche in presenza di modelli organizzativi eterogenei nei diversi contesti regionali.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Popolazione residente per stato civile - anno 2018. Data di pubblicazione: 6 settembre 2018.
- (2) Istat. Il futuro demografico del Paese - Previsioni regionali della popolazione residente al 2065 (base 1 gennaio 2017). Data di pubblicazione: 3 maggio 2018.
- (3) Istat. Rapporto annuale 2018 - La situazione del Paese.
- (4) Istat. Annuario Statistico Italiano 2018: Condizioni di salute\_Malattie croniche pag.129.
- (5) Cittadinanzattiva - XVI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità - Cittadini con cronicità: molti atti, pochi fatti.
- (6) Ministero della Salute. Assistenza Domiciliare. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?lingua=italiano&id=139&area=Servizi\\_al\\_cittadino\\_e\\_al\\_paziente](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=139&area=Servizi_al_cittadino_e_al_paziente). Ultimo accesso in data 13 novembre 2017.







## Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica

**Significato.** Numerosi studi mostrano che, sia a livello individuale che di comunità, i bambini ricoverati frequentemente per asma tendono ad avere meno visite programmate a livello di assistenza territoriale e una minore aderenza alla terapia farmacologica (1). Queste evidenze suggeriscono che una carente organizzazione dell'assistenza territoriale e una scarsa accessibilità alle cure possono essere responsabili di un aumentato ricorso alle cure ospedaliere (1, 2). Su queste basi concettuali, come proposto dall'*Agency*

*for Healthcare Research and Quality*, il tasso di ospedalizzazione per asma intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione, accesso alle cure e trattamento, presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero in ospedale.

L'indicatore di seguito presentato è inserito nel Programma Nazionale Esiti con la granularità delle Aziende territoriali.

### Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da asma\*

$$\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere di pazienti di età 0-17 anni affetti da asma**} \\ \hline \text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente di età 0-17 anni} \quad \times 1.000$$

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

\*\*Sono escluse dal numeratore le dimissioni afferenti al MDC14 (gravidenza, parto e puerperio), i casi trasferiti da altro ospedale o da altra struttura sanitaria e i casi con codici di diagnosi per fibrosi cistica o altre anomalie del sistema respiratorio.

**Validità e limiti.** La stima dei ricoveri ospedalieri per asma in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza e dell'efficacia del processo di assistenza rivolto al bambino. In via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie. Un limite alla validità dell'indicatore può essere rappresentato dalla completezza e dalla qualità delle codifiche presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera. Per meglio delineare la qualità dell'accesso ai servizi territoriali, è consigliabile includere nell'indicatore non solo i Ricoveri Ordinari (RO), ma anche i Day Hospital (DH), poiché una quota considerevole delle ospedalizzazioni evitabili per asma in età pediatrica rientra in questo regime di ricovero, con notevoli differenze tra le regioni (3).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendo presenti indicazioni normative o di letteratura, nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale.

Per saggiare la differenza di ogni tasso regionale rispetto al dato italiano sono stati costruiti gli Intervalli di Confidenza al 95% (IC 95%) usando l'approssimazione normale alla distribuzione di Poisson per gli eventi frequenti e la somma ponderata di parametri di Poisson per gli eventi rari (4, 5).

Si è scelto di escludere dalle analisi il Lazio perché il suo tasso di ospedalizzazione, quasi quattro volte superiore rispetto a quello nazionale (2,61 per 1.000), non può ritenersi interamente ascrivibile a differenze nella qualità delle cure primarie. Una analisi secondaria condotta separatamente sul regime di RO e sul

regime di ricovero in DH ha, infatti, mostrato che il tasso di ricovero in DH nel Lazio è quasi sette volte superiore al valore di riferimento nazionale (1,89 vs 0,29 per 1.000), rappresentando dunque una eccezione nel panorama italiano. È verosimile che questa differenza sia dovuta alla gestione amministrativa dei ricoveri in DH dell'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", che accoglie più del 40% delle ospedalizzazioni pediatriche del Lazio e i cui ricoverati sono per oltre il 70% residenti in regione. Come confermato dai dati divulgati dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, infatti, nell'Istituto "Bambino Gesù" è prassi aprire una Scheda di Dimissione per ogni singolo accesso ospedaliero, anche se relativo a uno stesso paziente (6).

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2017 il tasso di ospedalizzazioni per asma in età pediatrica è pari a 0,49 per 1.000, in calo rispetto al 2016 (0,61 per 1.000, -19,67%).

In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età. Rispetto ai ragazzi di età 15-17 anni, il rischio di ricovero per asma è significativamente più alto nei bambini di età <1 anno (Rischio Relativo-RR=11,51; IC 95%=9,92-13,36), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR=6,65; IC 95%=5,79-7,62), 5-9 anni (RR=2,83; IC 95%=2,45-3,26) e 10-14 anni (RR=1,52, IC 95%=1,30-1,77) (dati non riportati in tabella).

Nel periodo 2016-2017 è stato rilevato un calo delle ospedalizzazioni per asma pediatrico in tutta la penisola, con l'eccezione della Toscana (da 0,20 a 0,23



per 1.000, +15,00%), del Molise (da 0,60 a 0,66 per 1.000, +10,00%), dell'Abruzzo (da 0,39 a 0,40 per 1.000, +2,56%) e della Liguria (da 0,96 a 0,97 per 1.000, +1,04%).

Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati a livello regionale. A conferma di quanto già osservato nel 2016, le regioni che presentano *performance*

peggiori rispetto al dato nazionale sono la Lombardia, la Liguria, la Campania, la Puglia e la Calabria.

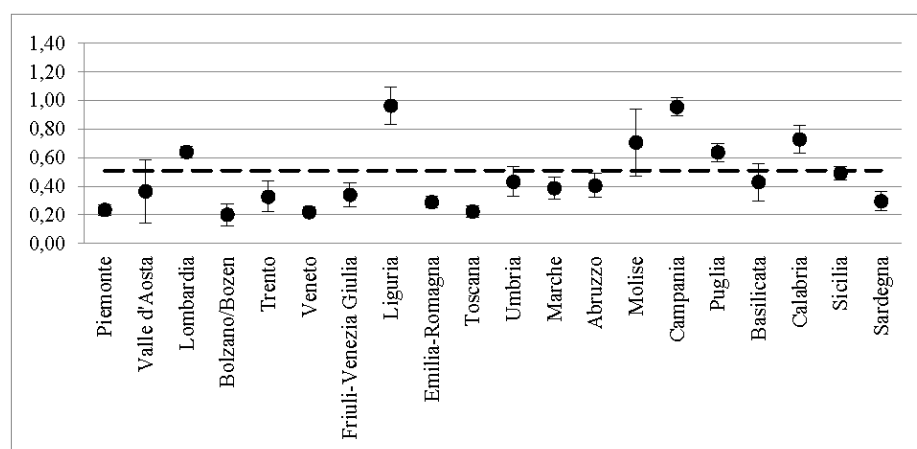
In Valle d'Aosta, Umbria, Molise, Basilicata e Sicilia, invece, il tasso è in linea con il valore italiano, mentre in tutte le altre regioni i tassi di ospedalizzazione sono significativamente inferiori al dato nazionale.

**Tabella 1** - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da asma per regione - Anno 2017

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	0,90	0,37	0,20	0,11	0,10	0,23
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,08	0,96	0,33	0,00	0,00	0,34
Lombardia	2,21	1,56	0,41	0,15	0,11	0,61
Bolzano-Bozen	0,56	0,50	0,14	0,00	0,11	0,20
Trento	0,44	0,86	0,33	0,07	0,00	0,31
Veneto	0,70	0,29	0,23	0,12	0,12	0,21
Friuli Venezia Giulia	0,48	0,77	0,31	0,13	0,13	0,33
Liguria	0,62	0,89	1,23	1,24	0,29	0,97
Emilia-Romagna	1,04	0,52	0,25	0,10	0,12	0,28
Toscana	0,11	0,13	0,25	0,30	0,22	0,23
Umbria	0,97	0,51	0,56	0,35	0,09	0,43
Marche	0,64	0,94	0,33	0,17	0,02	0,37
Abruzzo	0,62	0,70	0,42	0,31	0,09	0,40
Molise	0,48	1,60	1,08	0,08	0,00	0,66
Campania	4,51	1,69	0,70	0,38	0,23	0,89
Puglia	2,83	1,26	0,42	0,22	0,17	0,58
Basilicata	1,76	0,49	0,47	0,27	0,12	0,41
Calabria	1,83	1,25	0,68	0,32	0,44	0,70
Sicilia	1,19	1,10	0,45	0,17	0,08	0,46
Sardegna	0,49	0,68	0,21	0,15	0,12	0,28
<b>Italia</b>	<b>1,69</b>	<b>0,98</b>	<b>0,42</b>	<b>0,22</b>	<b>0,15</b>	<b>0,49</b>

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2018.

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da asma per regione - Anno 2017



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2018.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2017, il tasso nazionale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica è pari a 0,49 per 1.000. Il dato mostra un decremento non trascurabile rispetto al 2016 (0,61 per

1.000, -19,67%). Nel panorama italiano, tuttavia, 6 regioni continuano a manifestare un dato superiore al valore nazionale.

Stando alle evidenze della letteratura internazionale, il rischio di ospedalizzazione per asma in età pedia-



trica diminuisce se vengono garantite una buona accessibilità alle strutture presenti sul territorio e una corretta gestione del paziente dal punto di vista dell'appropriatezza terapeutica e della continuità delle cure.

#### Riferimenti bibliografici

(1) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications [version 4.5]. PDI #14 asthma admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013.  
(2) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States

using readily available administrative data. *Pediatrics* 2008; 122: e416-e425.

(3) Luciano L, Lenzi J, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical validation of the "Pediatric

Asthma Hospitalization Rate" indicator. *Ital J Pediatr* 2014; 40: 7.

(4) Chiang CL. Standard error of the age-adjusted death rate. U.S. Department of Health, Education and Welfare: Vital Statistics Special Reports 1961; 47: 271-285.

(5) Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. *Stat Med* 1991; 10: 457-462.

(6) Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. I ricoveri in età pediatrica nel Lazio. Anno 2012. Roma: Regione Lazio; 2012.





## Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica

**Significato.** La gastroenterite è una malattia comune nei bambini e, per quanto alcuni ricoveri ad essa riconducibili siano da considerarsi inevitabili, nella maggior parte dei casi una tempestiva ed efficace cura a livello territoriale pare essere associata a una riduzione del rischio di ospedalizzazione (1, 2).

Come per l'asma, anche nel caso delle gastroenteriti il tasso di ospedalizzazione può descrivere la qualità dei

servizi territoriali in termini di accessibilità e di appropriatezza delle cure presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero ospedaliero (1, 3, 4).

L'indicatore di seguito presentato è inserito nel Programma Nazionale Esiti con la granularità delle Aziende territoriali.

### Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da gastroenterite\*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di pazienti di età 0-17 anni affetti da gastroenterite**	
Denominatore	Popolazione media residente di età 0-17 anni	x 1.000

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

\*\*In diagnosi principale o diagnosi secondaria quando la diagnosi principale è la disidratazione.

**Validità e limiti.** La stima dei ricoveri ospedalieri per gastroenterite in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile della tempestività, accessibilità e appropriatezza delle cure territoriali rivolte al bambino; in via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie.

Un limite alla validità dell'indicatore in oggetto può essere riconducibile alla completezza e alla qualità delle codifiche presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Per meglio delineare la qualità dell'accesso ai servizi territoriali, è consigliabile includere nel conteggio delle ospedalizzazioni evitabili per gastroenterite non solo i Ricoveri Ordinari, ma anche i Day Hospital, poiché la loro quota, benché contenuta a livello nazionale (circa l'1%), mostra una variabilità abbastanza accentuata a livello regionale (5).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendo presenti indicazioni normative o di letteratura, nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale.

Per saggiare la differenza di ogni tasso regionale rispetto al dato italiano sono stati costruiti gli Intervalli di Confidenza al 95% usando l'approssimazione normale alla distribuzione di Poisson per gli eventi frequenti e la somma ponderata di parametri di Poisson per gli eventi rari (6, 7).

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2017 il tasso di ospedalizzazioni per gastroenterite in età pediatrica è pari a 2,19 per 1.000, in aumento rispetto al 2016 (1,83 per 1.000, +19,67%).

In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età. Rispetto ai ragazzi di età 15-17 anni, il rischio di ricovero per gastroenterite è significativamente più alto nei bambini di età <1 anno (Rischio Relativo-RR=27,48; IC 95%=25,12-30,07), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR=19,08; IC 95%=17,50-20,80), 5-9 anni (RR=4,03; IC 95%=3,68-4,41) e 10-14 anni (RR=1,73; IC 95%=1,57-1,90) (dati non riportati in tabella).

L'aumento delle ospedalizzazioni per gastroenterite pediatrica tra il 2016 e il 2017 ha coinvolto tutta la penisola, ad eccezione della Valle d'Aosta (da 0,72 a 0,29 per 1.000, -59,72%) e della Sardegna (da 2,57 a 2,43 per 1.000, -5,45%).

Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati per età a livello regionale. A conferma di quanto già osservato nel 2016, le regioni del Mezzogiorno presentano *performance* peggiori rispetto al dato nazionale, mentre le regioni del Nord e del Centro mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al valore nazionale. Le uniche eccezioni sono rappresentate da: Lombardia, Marche, Basilicata e Calabria.



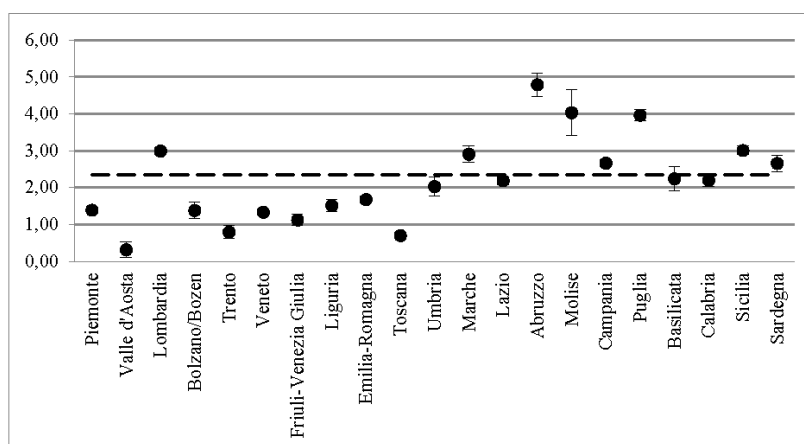


**Tabella 1** - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da gastroenterite per regione - Anno 2017

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	4,86	3,48	0,71	0,41	0,26	1,31
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,16	0,48	0,00	0,34	0,00	0,29
Lombardia	14,19	7,57	1,17	0,54	0,37	2,80
Bolzano-Bozen	4,26	3,75	0,69	0,18	0,46	1,36
Trento	5,31	1,22	0,37	0,33	0,24	0,74
Veneto	5,03	3,52	0,70	0,21	0,15	1,23
Friuli Venezia Giulia	4,71	2,39	0,77	0,32	0,19	1,05
Liguria	5,54	3,97	0,69	0,33	0,26	1,38
Emilia-Romagna	8,00	4,24	0,73	0,23	0,22	1,58
Toscana	2,50	1,77	0,30	0,19	0,21	0,66
Umbria	8,09	4,38	1,19	0,45	0,96	1,90
Marche	9,65	7,99	1,45	0,63	0,17	2,71
Lazio	9,04	5,67	1,02	0,40	0,21	2,06
Abruzzo	15,87	13,01	2,58	0,88	0,40	4,50
Molise	10,65	11,00	2,92	0,70	0,00	3,68
Campania	9,45	7,02	1,38	0,61	0,22	2,41
Puglia	9,84	10,31	2,46	1,17	0,76	3,61
Basilicata	5,53	6,13	1,12	0,82	0,24	2,02
Calabria	6,45	5,32	1,45	0,67	0,48	2,08
Sicilia	7,75	7,06	2,57	0,92	0,27	2,82
Sardegna	7,14	6,69	1,74	0,76	0,47	2,43
<b>Italia</b>	<b>8,59</b>	<b>5,97</b>	<b>1,26</b>	<b>0,54</b>	<b>0,31</b>	<b>2,19</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2018.

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da gastroenterite per regione - Anno 2017



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2018.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2017, in Italia il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica è pari a 2,19 per 1.000, un valore contenuto ma in aumento rispetto al 2016 (1,83 per 1.000, +19,67%). Dalle analisi emerge che la sperequazione dei servizi territoriali regionali è ancora evidente ed è andata consolidandosi: 4 regioni del Sud (Abruzzo, Molise, Puglia e Sicilia) presentano un valore standardizzato per 1.000 >3,00. Per meglio comprendere il fenomeno in esame e delineare, ove presenti, le differenze regionali, si consiglia di stratificare le analisi per classi di età (5).

Stando alle evidenze della letteratura internazionale, il rischio di ospedalizzazione per gastroenterite in età pediatrica diminuisce se vengono garantite una buona accessibilità alle strutture presenti sul territorio e una corretta gestione del paziente dal punto di vista dell'appropriatezza terapeutica e della continuità delle cure.

### Riferimenti bibliografici

(1) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data. *Pediatrics* 2008; 122: e416-e425.





- (2) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications [version 4.5]. PDI #16 gastroenteritis admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013.
- (3) Beal AC, Co JP, Dougherty D, Jorsling T, Kam J, Perrin J, Palmer RH. Quality measures for children's health care. *Pediatrics* 2004; 113: 119-209.
- (4) Sedman A, Harris JM 2nd, Schulz K, Schwalenstocker E, Remus D, Scanlon M, Bahl V. Relevance of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators for children's hospitals. *Pediatrics* 2005; 115: 135-145.
- (5) Lenzi J, Luciano L, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical examination of the indicator "pediatric gastroenteritis hospitalization rate" based on administrative hospital data in Italy. *Ital J Pediatr* 2014; 40: 14.
- (6) Chiang CL. Standard error of the age-adjusted death rate. U.S. Department of Health, Education and Welfare: *Vital Statistics Special Reports* 1961; 47: 271-285.
- (7) Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. *Stat Med* 1991; 10: 457-462.

