



Assistenza territoriale

Ormai da decenni, l'Assistenza Territoriale (anche nota come Assistenza Primaria) è considerata a livello internazionale un elemento cardine per il raggiungimento dell'ambizioso obiettivo della "salute per tutti".

L'approccio della *Primary Health Care* si fonda sulla presa in carico di una determinata comunità territoriale attraverso un'azione multisettoriale che affronti i determinanti di salute, sull'*empowerment* individuale e comunitario, e sull'assistenza all'individuo durante tutte le età della vita. Sistemi sanitari che si costruiscano attorno a questo approccio mostrano migliori risultati clinici, aumentata efficienza, migliore qualità dell'assistenza e aumentata soddisfazione dei pazienti. La scelta di questo tipo di impostazione si rivela, quindi, uno strumento essenziale per affrontare il cambiamento epidemiologico a cui si sta assistendo negli ultimi decenni, che vede un prolungamento dell'aspettativa di vita delle popolazioni, ma anche uno spostamento di *burden* dalle malattie acute a quelle cronico-degenerative: ci si trova davanti ad una popolazione mediamente più anziana e portatrice di patologie/condizioni che la accompagneranno lungo tutto l'arco della vita.

L'attuale pandemia legata all'emergere di SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) ha, tuttavia, mostrato come la presenza di un'Assistenza Territoriale forte e ben strutturata sia essenziale anche nella risposta ad eventi infettivi acuti che, come quello che stiamo vivendo, a causa della loro "novità" interessano l'intera popolazione.

Da un lato, infatti, nella gestione dell'evento epidemico acuto l'Assistenza Territoriale costituisce la prima linea di difesa del Servizio Sanitario Nazionale. Essa infatti, se ben preparata e supportata, può ridurre la diffusione dei contagi ed il sovraccarico dei servizi ospedalieri, promuovendo le misure di Sanità Pubblica, trattando a domicilio ove possibile e controllando l'accesso ai livelli di assistenza superiori (1).

D'altra parte, accanto alla presenza di un evento infettivo acuto restano sempre presenti le condizioni croniche, per le quali è fondamentale riuscire a proseguire il più possibile il programma di assistenza predefinito. A tal fine, i professionisti dell'Assistenza Territoriale possono, se adeguatamente supportati, ristrutturare la loro attività in modo tale da mantenere un adeguato contatto con i pazienti che necessitano di un proseguimento dell'assistenza (2). Come affrontato anche nel Rapporto Osservasalute Edizione 2019, i professionisti dell'Assistenza Territoriale si trovano oltretutto in una posizione ideale per la messa in campo di forme di ospedalizzazione a domicilio, che possono evitare l'accesso alle strutture ospedaliere (rischioso in contesto epidemico).

Infine, al termine dell'evento epidemico acuto l'Assistenza Territoriale si trova ad affrontare numerose conseguenze dirette (sequele dell'infezione, morti premature, lutti familiari etc.) ed indirette (mancato trattamento di altre condizioni acute, malattie croniche non controllate, riduzione dell'accesso alla medicina preventiva, aumento di dipendenze e problematiche di tipo psicologico/psichiatrico, peggioramento delle condizioni sociali) (2).

L'arrivo dell'epidemia da SARS-CoV-2 ha innescato in molti contesti una riorganizzazione dei servizi territoriali ed ospedalieri in linea con quanto esposto fino ad ora, seppure nella varietà di contesti normativi e di risorse. Ad esempio, si è assistito ad una accelerazione sulla utilizzazione o nuova creazione di strumenti tecnologici in grado di semplificare la gestione dell'attività professionale, anche nel contesto dell'Assistenza Primaria (3). In Italia, il clima normativo si sta mostrando molto favorevole all'introduzione e all'utilizzo di nuove tecnologie. Nel nostro Paese, dal 1 marzo 2020 sono state avviate oltre 170 iniziative digitali per la facilitazione della gestione dei pazienti durante il periodo pandemico (4), sia durante la fase di confinamento sia in fase di uscita dal *lockdown*; ormai circa il 70% di queste iniziative è destinato a pazienti non-COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*). Per fare qualche esempio concreto, varie regioni hanno sviluppato applicazioni e piattaforme che facilitano la connessione dei pazienti con gli operatori sanitari (5-7). Nell'implementazione di nuovi strumenti digitali rimangono, tuttavia, molti aspetti delicati. Innanzitutto, lo sviluppo tecnologico si muove rapidamente, cosa che non si può, invece, dire per il contesto politico, la pratica clinica e la produzione di evidenze. La ricerca e la valutazione degli esiti della *digital health* sono, quindi, essenziali per supportarne una implementazione sicura ed etica, promuovere l'*accountability* e giustificare gli investimenti. È essenziale dimostrare il reale valore, una volta passata l'iniziale eccitazione legata al lancio di nuove tecnologie. Un secondo aspetto delicato è indubbiamente quello della protezione della *privacy* e sicurezza. Inoltre, va tenuto presente che le categorie di soggetti che potrebbero maggiormente beneficiare delle nuove tecnologie digitali sono spesso quelle che hanno un minor accesso a queste tecnologie (ad esempio anziani, popolazioni rurali, classi a minor reddito o inferiore livello educativo) (3, 8).

Anche il rapporto tra Territorio-Ospedale ha visto molte novità organizzative nel periodo epidemico. Ad esempio, varie regioni hanno potenziato il ruolo delle Centrali Ospedale-Territorio come snodi organizzativi multidirezionali in grado di ottimizzare accessi e dimissioni dall'Ospedale (9, 10). Inoltre, l'organizzazione delle



Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), costituite da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e altri professionisti, ha contribuito a sviluppare una visione proattiva della prestazione medica, permettendo la gestione delle acuzie di quei pazienti COVID-19 positivi direttamente ed elettivamente presso il proprio domicilio o in strutture residenziali (11, 12).

In Emilia-Romagna, in particolare nell'Azienda di Servizi alla Persona di Parma, un ruolo importante è stato svolto dalle Unità Mobili Multidisciplinari, nate nel 2019 come modello sperimentale di integrazione tra Ospedale-Territorio. Si tratta di mini-*équipe* costituite da specialisti ospedalieri che già in tempi pre-COVID-19 si recavano presso strutture residenziali per anziani al fine di evitarne l'accesso in Ospedale (13). Di fatto, durante la pandemia hanno costituito una forma di USCA con funzione di collegamento tra Ospedale e Territorio, specialmente per quanto riguarda le residenze socio-assistenziali, ed hanno contribuito a determinare una divisione delle USCA per livello di specializzazione.

Come di consueto, il Rapporto Osservasalute attribuisce grande importanza allo studio di indicatori la cui scelta e valutazione costituisce la base per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza alle popolazioni e agli individui. Questo approccio vale anche in un momento di grande cambiamento e sconvolgimento come quello dovuto alla pandemia in atto.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. Role of primary care in the COVID-19 response. Interim guidance. 26 marzo 2020. Disponibile sul sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- (2) Alex H. Krist, Jennifer E. DeVoe, Anthony Cheng, Thomas Ehrlich and Samuel M. Jones. Redesigning Primary Care to Address the COVID-19 Pandemic in the Midst of the Pandemic. *The Annals of Family Medicine* July 2020, 18 (4) 349-354; DOI. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1370/afm.2557>.
- (3) OECD (2020). Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- (4) Altems. UCSC. Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19. 18/06/2020. Disponibile sul sito: <https://altems.unicatt.it/altems-ALTEMS%20INSTANT%20REPORT%2012.pdf>.
- (5) Regione Lazio. APP Lazio Doctor per Covid. Disponibile sul sito: www.salutelazio.it/lazio-doctor#.
- (6) Applicazione E-Covid Sinfonia. Disponibile sul sito: <https://naxe.it/software/e-covid-sinfonia>.
- (7) PagineMediche. Disponibile sul sito: www.pagineMediche.it.
- (8) Chantal Julia, Yohan Saynac, Clémence Le Joubioux, Johann Cailhol, Pierre Lombrail, Olivier Bouchaud. Organising community primary care in the age of COVID-19: challenges in disadvantaged areas. *Lancet Public Health*. 2020 Jun; 5 (6): e313. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30115-8. Epub 2020 May 13.
- (9) Regione Veneto - Azienda Ospedale Università Padova. Piano "Epidemia Covid 19 Interventi Urgenti di Sanità Pubblica". 2020.
- (10) Regione Toscana. Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale. 2020.
- (11) D.L. 14/2020 - L'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (Usca). 09 marzo 2020.
- (12) Ministero della Salute. Circolare del 25 marzo 2020.
- (13) Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma. Le Unità Mobili del Maggiore, screening in 80 case di riposo e ora consulenza anche a domicilio. 05 maggio 2020. Disponibile sul sito: www.ao.pr.it/le-unita-mobili-del-maggiore-screening-in-80-case-di-riposo-e-ora-consulenza-anche-a-domicilio.

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, dall'altro si accompagna ad un progressivo incremento dell'incidenza e della prevalenza di patologie cronicodegenerative. Nel 2019, le condizioni di sopravvivenza della popolazione migliorano registrando un aumento della speranza di vita alla nascita, che risulta per gli uomini di 81,0 anni (+0,1 rispetto agli 80,9 del 2018), mentre per le donne è di 85,3 anni (+0,1 rispetto agli 85,2 del 2018). La speranza di vita a 65 anni presenta una stabilizzazione rispetto al 2018 restando per gli uomini pari a 19,3 anni e per le donne a 22,5 anni (1).

Al 1 gennaio 2020 la popolazione residente in Italia è pari a 59 milioni 641 mila unità, delle quali gli *over 65enni* rappresentano il 22,6% (2). Prosegue la crescita, in termini assoluti e relativi, della popolazione anziana e si assiste, pertanto, all'aumento dello squilibrio demografico: l'indice di vecchiaia è pari a 179,4 risultando in ulteriore crescita rispetto all'anno precedente (172,9 e oltre 20 punti percentuali in più rispetto a 5 anni prima 157,7) (3).

Nel corso del 2019 la percentuale di residenti affetti da almeno una patologia cronica si mantiene, invece, costante al 40,8%. Le patologie cronicodegenerative affliggono il 54,1% della popolazione di età compresa tra 55-59 anni raggiungendo la quota dell'86,9% negli ultra 75enni. Il 21,5% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche con una frequenza maggiore per il genere femminile, in particolare dopo i 55 anni. Tra gli ultra 75enni la multi-morbilità si attesta al 64,4% (57,4% tra gli uomini e 69,1% 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 cronicodegenerative, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per l'assistenza sanitaria (5). Al fine di garantire un'assistenza appropriata ai pazienti non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, sono necessari percorsi assistenziali 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 (6).

Secondo la definizione del Ministero della Salute, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) consiste in un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati al domicilio della persona non autosufficiente o in condizioni di fragilità (7). L'ADI assicura, infatti, l'erogazione coordinata e continuativa di

prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche e riabilitative) 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 del paziente. 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 da medici specialisti specifici per le patologie del paziente. In molteplici contesti sono state inserite, inoltre, le figure dell'infermiere coordinatore di percorso (ad esempio per la pianificazione della dimissione dell'anziano fragile) o dell'infermiere *case manager* (che provvede all'assegnazione e al coordinamento dei servizi socio-sanitari destinati alla gestione clinica di un determinato *target* di utenti multipatologici e complessi quali, ad esempio, anziani fragili e pazienti oncologici sul modello descritto nella letteratura anglosassone). Tutte queste figure concorrono alla valutazione multidimensionale del bisogno clinico del paziente, consentendo la presa in carico della persona e la definizione del "Piano di Assistenza Individualizzato" (PAI) socio-sanitario integrato.

L'ADI costituisce, pertanto, un servizio in grado di garantire nei casi dovuti un'adeguata presa in carico dei 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 lo stato di salute delle stesse.

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

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Assistiti di età 65 anni ed oltre che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata}^*}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente di età 65 anni ed oltre}} \times 100$$

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

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Assistiti di età 75 anni ed oltre che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata}^*}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente di età 75 anni ed oltre}} \times 100$$

Tasso di assistiti in fase terminale in Assistenza Domiciliare Integrata

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Assistiti in fase terminale che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata}^*}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

*Sono considerati gli assistiti relativi a “prese in carico erogate” nell’anno di riferimento. Per “prese in carico erogate” si intendono quelle per le quali la Regione ha inviato i dati relativi al tracciato 1 e tracciato 2 (relativo ad accessi). Le prese in carico con Coefficiente Intensità Assistenziale base e Giorni di Cura 0 sono escluse.

Validità e limiti. I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD) istituito con Decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 e s.m. nell’ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). 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” con l’obiettivo di costruire una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al Servizio Sanitario Nazionale anche nell’ambito dell’assistenza domiciliare.

L’attuazione del predetto regolamento, a regime a partire dall’anno 2018, ha comportato l’adeguamento dei sistemi informativi regionali e la trasmissione di dati interconnettibili al NSIS del Ministero della Salute.

Per mantenere la profondità storica del patrimonio informativo acquisito fino all’introduzione del predetto Regolamento, si è ritenuto necessario rendere interconnettibili anche i dati già trasmessi al NSIS prima della pubblicazione del Regolamento. A tale fine, è stata effettuata un’attività di “recupero” dei codici assistito “old” attraverso l’associazione di questi ultimi con i codici univoci generati secondo le regole indicate dal Ministero della Salute. Tale attività di recupero e, più in generale, la generazione per ogni assistito di un codice univoco a livello nazionale, definito dal Ministero della Salute, ha consentito l’effettiva distinzione dei soggetti assistiti a livello nazionale e questo ha portato ad una generale bonifica del dato trasmesso al NSIS eliminando situazioni di duplicazioni di codici assistito. Pertanto, si è reso necessario rielaborare i dati relativi al periodo 2014-2018. I dati

relativi al 2018 sono oggetto di ricalcolo in relazione all’allineamento dell’Istituto Nazionale di Statistica della popolazione residente *post* censimento e al consolidamento dati del flusso SIAD.

Le informazioni rilevate dal Sistema sono le seguenti: caratteristiche anagrafiche dell’assistito, valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell’assistito e dei relativi bisogni assistenziali, dati inerenti alle fasi di erogazione, sospensione della presa in carico e dimissione dell’assistito. All’interno del mandato conferito dalla Commissione nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) era prevista “la caratterizzazione dei profili di cura domiciliari” (standard qualificanti le attività di cure domiciliari) per livelli differenziati in funzione della:

- complessità (Valore Giornate Effettive di Assistenza) in funzione del *case mix* e dell’impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI;
- durata media (Giornate di Cura) in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungo-assistenza e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari;
- natura del bisogno definita attraverso l’individuazione di un Coefficiente di Intensità Assistenziale dato dal rapporto tra il Valore Giornate Effettive di Assistenza (Numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore) e le Giornate di Cura (Numero di giorni trascorsi dalla data del primo accesso alla data di ultimo accesso, al netto dei periodi di sospensione).

Le predette informazioni devono essere trasmesse al NSIS con cadenza mensile, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi idonei alla generazione e modifica delle informazioni richieste per singolo assistito. Tali eventi sono identificabili con le seguenti fasi del processo



assistenziale: presa in carico, erogazione, sospensione, rivalutazione e conclusione.

Il debito informativo delle Regioni e PA nei confronti del SIAD non è omogeneo, in quanto sul territorio nazionale persistono aree con diverso grado di garanzia della completezza delle informazioni previste.

Gli indicatori ad oggi calcolabili sono quelli di attività con ridotta possibilità di effettuare un'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 sviluppate nelle diverse Regioni e PA (formulazione, erogazione, gestione e remunerazione del PAI) comporta una sensibile limitazione nella validità di un confronto interregionale.

A partire dall'anno 2018, a causa della interconnessione delle banche dati, non è stato possibile calcolare l'indicatore delle precedenti Edizioni "Tasso di assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata".

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 riferimento al valore medio delle regioni che presentano valori superiori al dato nazionale.

Descrizione dei risultati

In Italia, per l'anno 2019, si contano 391.093 cittadini con età ≥ 65 anni che sono ricorsi all'ADI, corrispondente al 2,92% della popolazione ultra 65enne media residente. Il numero degli assistiti trattati in ADI con età ≥ 65 anni si presenta in crescita guadagnando un

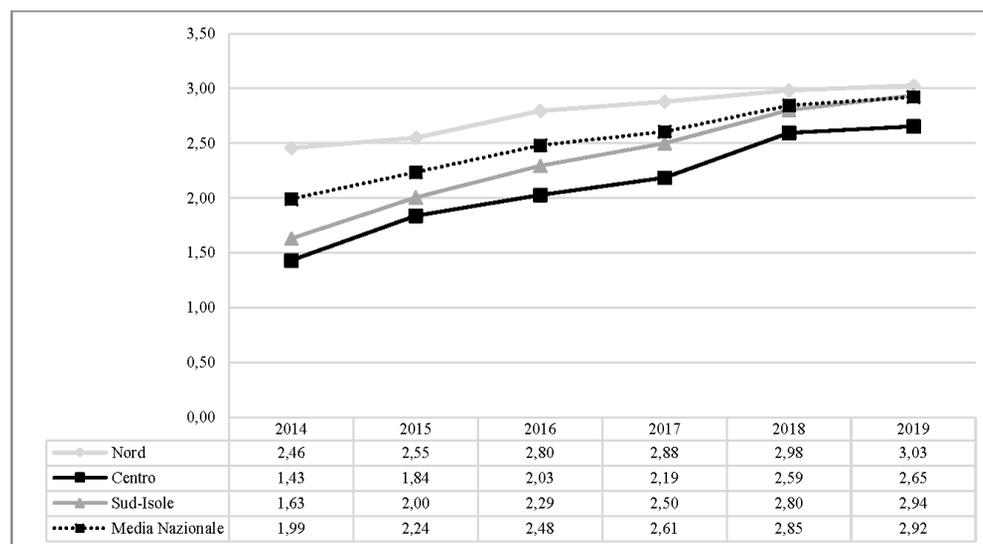
incremento del 4,0% rispetto al 2018.

L'accorpamento per macroaree dei dati relativi al tasso di assistiti ultra 65enni in ADI mostra una progressiva riduzione della variabilità con valori in crescita per tutte le ripartizioni, in particolare per il Sud ed Isole (+5,0% rispetto al 2018); emerge, tuttavia, un rallentamento diffuso della crescita rispetto al trend nella serie storica dei 5 anni precedenti (Grafico 1). A livello regionale si osservano, invece, importanti disomogeneità: si registrano, infatti, un tasso minimo dello 0,17% nella PA di Bolzano (di cui si segnala la disponibilità dei dati del Sistema SIAD a partire dalla rilevazione 2019) e si conferma il valore più elevato per il Molise pari al 5,11% nel 2019, seguono la Sicilia (4,37%) e la Basilicata (4,11%) (Tabella 1).

Se si analizza un *target* di età più elevato, nello specifico gli ultra 75enni, si registra un tasso di assistiti in ADI pari al 4,81%. L'analisi a livello regionale mostra una distribuzione per le singole regioni in linea con la precedente, la PA di Bolzano che si attesta, nel primo anno per cui i dati SIAD sono disponibili, al valore inferiore di ricorso all'ADI (0,26%) ed il Molise con l'8,49% degli ultra 75enni inseriti in ADI (Tabella 1). Per quanto riguarda il numero di ADI rivolte ai pazienti terminali si registra a livello nazionale un tasso del 122,69 per 100.000 residenti con una crescita pari al 26,53% rispetto l'anno precedente. A livello regionale la PA di Bolzano e il Friuli Venezia Giulia presentano il valore più basso con 4,89 e 8,69 casi per 100.000, rispettivamente; il Veneto conferma il valore più elevato attestandosi a 202,63 per 100.000 (Tabella 2). Dall'accorpamento per macroaree si evidenzia il trend in crescita e l'allineamento del livello di assistenza fornita tra le regioni del Nord (138,05 per 100.000; variazione del 30,30%) e Sud ed Isole (136,65 per 100.000; variazione del 35,41%); si registra, invece, un andamento in riduzione per il Centro -7,59% (Grafico 2).



Grafico 1 - Tasso (valori per 100) di assistiti di età 65 anni ed oltre trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anni 2014-2019



Nota: sono escluse dal calcolo dell'indicatore per macroarea e cumulativo nazionale le regioni e PA per le quali non sono disponibili i dati.

Fonte dei dati: NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2020.

Tabella 1 - Assistiti (valori assoluti), popolazione media residente (valori assoluti) e tasso (valori per 100) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata di età 65 anni ed oltre e 75 anni ed oltre per regione - Anno 2019

Regioni	Assistiti 65+	Popolazione 65+	Tassi di assistiti 65+	Assistiti 75+	Popolazione 75+	Tassi di assistiti 75+
Piemonte	30.220	1.111.939	2,72	25.358	586.388	4,32
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	185	30.120	0,61	139	15.455	0,90
Lombardia	59.864	2.282.472	2,62	50.237	1.180.430	4,26
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>183,00</i>	<i>104.916</i>	<i>0,17</i>	<i>146</i>	<i>55.511</i>	<i>0,26</i>
<i>Trento</i>	<i>3.714</i>	<i>121.167</i>	<i>3,07</i>	<i>3.101</i>	<i>61.710</i>	<i>5,03</i>
Veneto	43.652	1.127.823	3,87	37.462	580.283	6,46
Friuli Venezia Giulia	10.034	318.713	3,15	8.349	168.120	4,97
Liguria	14.246	438.096	3,25	12.076	242.408	4,98
Emilia-Romagna	37.970	1.075.462	3,53	32.909	574.479	5,73
Toscana	28.741	946.884	3,04	24.476	501.098	4,88
Umbria	6.736	224.907	3,00	5.939	120.669	4,92
Marche	12.566	379.523	3,31	10.871	203.598	5,34
Lazio	26.795	1.268.344	2,11	23.280	643.394	3,62
Abruzzo	11.961	312.298	3,83	10.074	160.436	6,28
Molise	3.848	75.369	5,11	3.304	38.939	8,49
Campania	26.936	1.089.139	2,47	21.928	502.768	4,36
Puglia	17.568	884.928	1,99	14.450	431.157	3,35
Basilicata	5.309	129.264	4,11	4.485	65.964	6,80
Calabria	4.801	416.623	1,15	3.975	204.493	1,94
Sicilia	45.764	1.048.379	4,37	36.573	508.018	7,20
Sardegna	n.d.	389.791	n.d.	0	191.088	n.d.
Italia	391.093	13.386.362	2,92	329.132,00	6.845.314	4,81

n.d. = non disponibile.

Nota: sono escluse dal calcolo dell'indicatore cumulativo nazionale le regioni e PA per le quali non sono disponibili i dati.

Fonte dei dati: NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2020.



ASSISTENZA TERRITORIALE

381

Tabella 2 - Assistiti (valori assoluti), popolazione media residente (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata in fase terminale per regione - Anno 2019

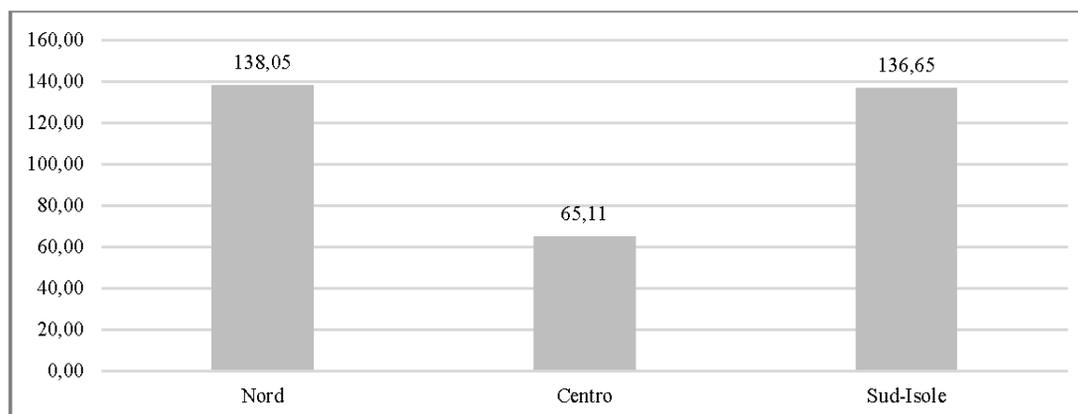
Regioni	Assistiti	Popolazione media residente	Tassi di assistiti
Piemonte	5.726	4.319.891	132,55
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	n.d.	125.344	n.d.
Lombardia	13.088	10.019.218	130,63
Bolzano-Bozen	26,00	531.479	4,89
Trento	783	544.573	143,78
Veneto	9.892	4.881.862	202,63
Friuli Venezia Giulia	105	1.208.315	8,69
Liguria	2.275	1.528.903	148,80
Emilia-Romagna	6.062	4.461.786	135,86
Toscana	4.039	3.696.949	109,25
Umbria	992	871.955	113,77
Marche	1.267	1.516.497	83,55
Lazio	1.417	5.764.388	24,58
Abruzzo	1.588	1.297.293	122,41
Molise	354	302.153	117,16
Campania	10.925	5.726.217	190,79
Puglia	4.627	3.964.417	116,71
Basilicata	396	555.921	71,23
Calabria	734	1.903.066	38,57
Sicilia	6.848	4.891.919	139,99
Sardegna	n.d.	1.616.939	n.d.
Italia	71.144	59.729.081	122,69

n.d. = non disponibile.

Nota: sono escluse dal calcolo dell'indicatore cumulativo nazionale le regioni e PA per le quali non sono disponibili i dati.

Fonte dei dati: NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2020.

Grafico 2 - Tasso (valori per 100.000) di assistiti in fase terminale in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anno 2019



Nota: sono escluse dal calcolo dell'indicatore cumulativo nazionale le regioni e PA per le quali non sono disponibili i dati.

Fonte dei dati: NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati relativi al 2019 è in coerenza con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute ed evidenzia 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 del tasso di 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%).

In quasi tutte le regioni si registra un incremento del tasso di assistiti in ADI rispetto all'anno precedente, seppure permangano importanti disomogeneità inter-regionali, particolarmente evidenti tra le regioni del Centro rispetto al resto d'Italia.

Sebbene la non omogenea applicazione del flusso SIAD renda 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 di presa in carico domiciliare e la caratterizzazione dei profili di cura. La completezza del flusso SIAD, promossa dall'introduzione degli indicatori distrettuali del Nuovo Sistema di Garanzia (8), consentirà così di valutare l'intensità e la complessità dell'assistenza erogata e la natura del bisogno coerentemente a quanto definito dai LEA, anche in presenza di modelli organizzativi eterogenei nei diversi contesti regionali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Rapporto Statistico Italiano 2020, Capitolo 3. Popolazione e Famiglie pag. 107.
- (2) Istat. Disponibile sul sito: demo.istat.it, Popolazione Residente Anno 2020 post censimento. Ultimo accesso in data 16 gennaio 2021.
- (3) Istat. Rapporto Statistico Italiano 2020, Capitolo 3. Popolazione e Famiglie pag. 119.
- (4) Istat. Annuario Statistico Italiano 2019, Cap4. Sanità e salute. Condizioni di salute, Malattie croniche pag.173.
- (5) Cittadinanzattiva - XVIII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità - Cittadini con cronicità: molti atti, pochi fatti.
- (6) Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Articolo 22.
- (7) Ministero della Salute. Cure Domiciliari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4706&area=Lea&menu=socioSanitaria. Ultimo accesso in data 16 gennaio 2021.
- (8) Ministero della Salute. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea. Ultimo accesso in data 21 gennaio 2021.





Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per persone con disabilità e anziani

Significato. Le strutture residenziali di tipo socio-sanitario, forniscono assistenza e cure mediche di lungo periodo a persone in condizione di non autosufficienza o con elevata necessità di tutela sanitaria. I servizi erogati includono sia prestazioni prettamente sanitarie (cure mediche e infermieristiche, trattamenti riabilitativi, somministrazioni di terapie) con diversi livelli d'intensità, sia prestazioni a carattere sociale come, ad esempio, i servizi di cura alla persona (aiuti per il movimento, per l'alimentazione e per l'igiene personale). La loro attività occupa un ruolo rilevante nell'ambito del processo di integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

L'indicatore proposto permette di confrontare l'entità dell'offerta di residenzialità destinata agli anziani e alle persone con disabilità; i dati sono stati rilevati con l'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Le strutture considerate sono quelle caratterizzate da una significativa componente sanitaria (presenza di almeno una figura che svolge attività di tipo socio-sanitario oltre al Medico di Medicina Generale) che forniscono, in prevalenza, ospitalità ad anziani, a persone con disabilità e con patologie psichiatriche.

Tasso di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Posti letto per target di utenza}}{\text{Popolazione media residente per la stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Rapporto tra posti letto e beneficiari di prestazioni per la disabilità

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Posti letto per target di utenza}}{\text{Beneficiari di prestazioni per la disabilità per la stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Validità e limiti. Il primo indicatore è stato costruito per due diversi *target* d'utenza: anziani non autosufficienti (persone di età >65 anni non autosufficienti), e persone con disabilità (persone di età <65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o con patologie psichiatriche); l'assegnazione dei posti letto al *target* di utenza è stata effettuata sulla base delle prevalenze di assistiti dichiarate dalle strutture censite, pertanto non si esclude che i posti letto possano essere utilizzati anche per altre tipologie di utenti.

Eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei *target* d'utenza adottati a partire dall'indagine relativa all'anno 2014.

I dati sulla base dei quali è stato costruito l'indicatore sono stati ponderati per tenere conto del numero di strutture che non hanno risposto alla rilevazione, circa il 21% dell'universo di riferimento. Al fine di valutare l'effetto sulla precisione dell'indicatore delle mancate risposte è stato calcolato il Coefficiente di Variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.

Il secondo indicatore è stato costruito rapportando i posti letto di ciascun *target* d'utenza prevalente (anziani non autosufficienti e persone con disabilità) ai "beneficiari di pensioni per persone con disabilità" stimati dall'Istat attraverso i dati provenienti dal

Casellario centrale dei pensionati, nel quale l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale raccoglie i principali dati sulle prestazioni pensionistiche erogate da tutti gli Enti previdenziali italiani, sia pubblici sia privati. L'obiettivo è quello di rapportare l'offerta residenziale ad una misura che meglio rappresenti la dimensione del bisogno di assistenza residenziale.

È importante sottolineare che il numero di beneficiari di pensioni per persone con disabilità, pur rappresentando una sovrastima della domanda di servizi residenziali, fornisce una dimensione che, rispetto alla popolazione complessiva, ricalca più adeguatamente sul territorio la distribuzione della domanda potenziale di assistenza residenziale.

Per avere una stima più accurata della domanda complessiva di residenzialità, sarebbe opportuno conoscere anche l'entità del bisogno assistenziale e la presenza di servizi alternativi di tipo domiciliare.

Per entrambi gli indicatori è importante sottolineare che piccole variazioni temporali dei tassi a livello regionale, potrebbero essere dovute a variazioni nel tasso di risposta e, quindi, al sistema di riponderazione dei dati e non a variazioni effettive dei livelli di offerta.

Valore di riferimento/Benchmark. Non è possibile individuare un valore di riferimento.



Descrizione dei risultati

In Italia, i posti letto destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono, complessivamente, 325.202, pari a 53,9 per 10.000 abitanti. La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani non autosufficienti (193,2 per 10.000), quote residuali sono, invece, rivolte ad utenti con disabilità (12,6 per 10.000). L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra soprattutto nelle regioni del Nord e subisce consistenti riduzioni nelle altre aree del Paese. I più alti livelli di offerta complessiva si registrano nella PA di Trento con 108,0 posti letto per 10.000; la più bassa dotazione di posti letto si riscontra nelle regioni meridionali e, nello specifico, in Campania con 8,9 per 10.000.

Per quanto riguarda gli anziani, il tasso più elevato si registra nella PA di Trento (427,2 per 10.000), mentre l'offerta più bassa si rileva in Campania dove il livello dei tassi scende a 20,4 per 10.000. La quota di posti letto dedicati alle persone con disabilità raggiunge il livello massimo in Liguria e in Valle d'Aosta (pari merito 25,9 per 10.000), mentre i valori minimi si registrano in Campania, con un tasso di 6,3 per 10.000 (Tabella 1).

Se consideriamo il secondo indicatore, il gradiente Nord-Sud ed Isole aumenta per entrambi i target d'utenza, l'offerta di servizi residenziali è molto più bassa nel Sud e nelle Isole, dove la quota di percettori di pensioni risulta essere maggiore (Grafico 1).

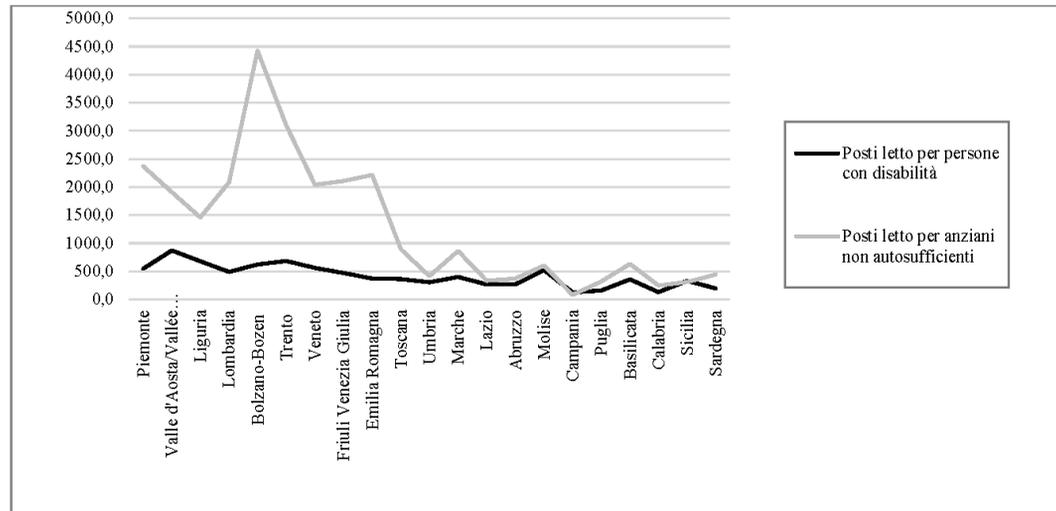
Tabella 1 - Tasso (valori per 10.000) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2018

Regioni	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Totale	Coefficiente di Δ %
Piemonte	15,7	315,2	92,2	0,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	25,9	339,1	100,6	0,0
Lombardia	13,0	287,7	75,0	0,9
Bolzano-Bozen	14,9	418,9	94,0	0,0
Trento	17,7	427,2	108,0	0,0
Veneto	14,9	302,3	80,7	0,6
Friuli Venezia Giulia	13,8	337,8	98,5	1,3
Liguria	25,9	244,1	88,1	2,1
Emilia Romagna	11,5	345,7	91,5	1,4
Toscana	11,4	152,5	47,2	1,1
Umbria	16,0	114,6	41,2	0,7
Marche	16,3	195,9	60,9	3,3
Lazio	10,9	68,8	23,5	1,4
Abruzzo	12,4	82,8	29,2	0,0
Molise	25,2	133,4	51,9	9,4
Campania	6,3	20,4	8,9	2,2
Puglia	8,7	79,7	24,4	1,8
Basilicata	18,0	147,8	47,8	1,0
Calabria	8,4	69,3	21,6	2,6
Sicilia	15,9	73,3	28,1	2,6
Sardegna	11,3	109,8	34,7	2,5
Italia	12,6	193,2	53,9	0,3

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2020.



Grafico 1 - Tasso (valori per 10.000 beneficiari di pensioni per persone con disabilità) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie per regione - Anno 2018



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2018. INPS: Casellario centrale dei pensionati. Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328/2000, che rappresenta una risposta mirata a bisogni di particolari gruppi di popolazione, come le persone con disabilità e gli anziani.

È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta una efficace alternativa ad una ospedalizzazione impropria e una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente un'assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare.

È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio-lungo termine, che si superi

anche questa tipologia di assistenza residenziale a favore di forme di intervento che permettano al paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita. Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2010-2011.
- (2) Giannakouris K, Population and social conditions, Eurostat, statistics in focus 72/2008.
- (3) Pesaresi F, Simoncelli M: Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. Tendenze nuove 2008; 2: 199-232.





Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali

Significato. Nel nostro Paese la quota di anziani e di persone con disabilità continua ad aumentare come conseguenza dell'ormai consolidato processo d'invecchiamento che coinvolge tutti i Paesi occidentali. La necessità di rispondere adeguatamente ad una crescente domanda di assistenza a lungo termine, rappresenta uno dei principali obiettivi del nostro sistema di *welfare* che deve trovare risposte appropriate disponendo di risorse finanziarie limitate. Le soluzioni finora proposte mirano a favorire lo sviluppo di forme di assistenza domiciliare e ad incrementare l'assistenza residenziale nei casi in cui le cure a domicilio non risultino praticabili (per difficoltà della famiglia o per l'elevato livello assistenziale richiesto). La presente Sezione prende in considerazione l'atti-

vità di assistenza socio-sanitaria erogata a favore degli anziani non autosufficienti (di età >65 anni) e delle persone con disabilità (<65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale o persone con patologia psichiatrica).

Le strutture considerate sono state quelle erogatrici di assistenza con una importante componente sanitaria, rilevate con l'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Pertanto, sono state selezionate le strutture residenziali caratterizzate dalla presenza di almeno una figura professionale, oltre al Medico di Medicina Generale, che svolge attività di tipo socio-sanitario.

Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali

Numeratore	Ospiti anziani nei presidi residenziali	
		x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente della stessa fascia di età	

Tasso di ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali

Numeratore	Ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali	
		x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente della stessa fascia di età	

Validità e limiti. Gli indicatori calcolati mostrano una discreta variabilità regionale che può dipendere da diversi fattori, quali una diversa capacità di risposta a condizioni di bisogno, un diverso livello di offerta residenziale, cui può associarsi una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.

L'indagine condotta sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ha fatto registrare, per l'anno 2016, un tasso di risposta pari al 79%. Al fine di tener conto delle mancate risposte e dell'effetto che queste hanno sulla precisione degli indicatori è stato calcolato il Coefficiente di Variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.

Eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei *target* di utenza adottati nell'indagine relativa all'anno 2014.

Valore di riferimento/Benchmark. Non è possibile individuare un valore di riferimento.

Descrizione dei risultati

Gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 238.926 (173,3 per 10.000 anziani residenti). Molti meno sono gli adulti e i minori con

disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente 47.405 (12,8 per 10.000 adulti residenti) e 2.065 (2,1 per 10.000 minori residenti). In linea con il quadro di offerta, il maggiore ricorso all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani, per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nelle PA di Trento e Bolzano (rispettivamente, 396,2 e 395,6 per 10.000 anziani).

Nel Meridione il tasso di ricovero si riduce considerevolmente e tocca i valori minimi in Campania, dove per 10.000 anziani residenti risultano ricoverati 19,2 anziani non autosufficienti, valori fortemente al di sotto del livello nazionale (173,3 per 10.000).

Risultati simili si ottengono dall'analisi degli indicatori riferiti agli ospiti adulti con disabilità: la Liguria fa registrare il più alto tasso di ricovero (25,3 ospiti adulti per 10.000 adulti), mentre le regioni del Meridione vedono ridursi considerevolmente i livelli del tasso. L'andamento regionale risulta confermato anche in riferimento agli ospiti minori con disabilità. Per questa categoria di ospiti la Valle d'Aosta risulta essere la regione con il più elevato tasso di ricovero (11,5 per 10.000), mentre i tassi più bassi si registrano soprattutto nelle regioni meridionali con valori minimi in Campania e a pari merito in Abruzzo e Molise (0,6 e 0,7 per 10.000, rispettivamente) (Tabella 1).





Tabella 1 - Tasso (valori per 10.000) di ospiti anziani non autosufficienti, ospiti adulti con disabilità e ospiti minori con disabilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2018

Regioni	Anziani non autosufficienti		Adulti con disabilità		Minori con disabilità	
	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %
Piemonte	275,7	0,6	16,5	0,9	3,7	2,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	311,4	0,0	20,3	0,0	11,5	0,0
Lombardia	272,4	0,7	14,6	1,2	1,9	5,1
Bolzano-Bozen	395,6	0,0	22,6	0,0	3,9	0,0
Trento	396,2	0,0	20,9	0,0	1,6	0,0
Veneto	273,3	0,6	15,6	0,7	2,0	3,8
Friuli Venezia Giulia	290,1	1,6	15,9	1,8	1,5	6,8
Liguria	212,1	1,8	25,3	2,6	2,7	8,7
Emilia-Romagna	298,0	1,5	14,4	2,1	0,9	9,9
Toscana	135,2	1,0	11,8	1,7	1,6	4,6
Umbria	100,7	1,2	17,3	1,5	2,7	5,0
Marche	178,9	2,6	16,9	3,2	1,7	27,2
Lazio	63,9	2,3	10,1	2,8	1,4	7,6
Abruzzo	77,7	0,0	9,4	0,0	0,7	0,0
Molise	113,3	7,3	22,3	11,2	0,7	30,3
Campania	19,2	3,4	5,6	5,0	0,6	11,3
Puglia	71,1	2,5	8,1	2,5	1,7	8,2
Basilicata	86,4	1,0	15,6	1,7	0,9	3,1
Calabria	60,7	3,0	7,7	6,9	0,9	12,2
Sicilia	59,8	3,0	13,9	4,0	6,6	15,7
Sardegna	96,6	2,5	8,2	3,9	2,1	10,9
Italia	173,3	1,0	12,8	1,2	2,1	2,8

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328/2000 che rappresenta una risposta mirata a bisogni di particolari gruppi di popolazione, come le persone con disabilità e gli anziani. È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta una efficace alternativa ad una ospedalizzazione impropria e una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente una assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare. È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio-lungo termine, che si superi

anche questa tipologia di assistenza residenziale a favore di forme di intervento che permettano al paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita. Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2010-2011.
- (2) Giannakouris K, Population and social conditions, Eurostat, statistics in focus 72/2008.
- (3) Pesaresi F, Simoncelli M: Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. Tendenze nuove 2008; 2: 199-232.



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.

Il presente indicatore è inserito nel Programma Nazionale Esiti con la granularità delle Aziende territoriali.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da asma

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

*Sono escluse dal numeratore le dimissioni afferenti al MDC14 (gravidanza, 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 (SDO). 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 riferimenti normativi 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 (IC) 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 (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 (2,13 per 1.000), non può ritenersi interamente ascrivibile a differenze nella qualità delle cure primarie. Un'analisi secondaria condotta separatamente sui RO e i DH ha, infatti,

mostrato che il tasso di ricovero in DH nel Lazio è 6,5 volte superiore al valore di riferimento nazionale (1,68 vs 0,26 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'Ospedale pediatrico Bambino Gesù è prassi aprire una SDO per ogni singolo accesso ospedaliero, anche se relativo a uno stesso paziente (6).

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2019, il tasso di ospedalizzazioni per asma in età pediatrica è pari a 0,40 per 1.000, in calo rispetto al 2018 (0,45 per 1.000, -11,11%).

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 = 9,37; IC 95% = 7,92-11,07), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR = 6,39; IC 95% = 5,50-7,42), 5-9 anni (RR = 2,88; IC 95% = 2,47-3,37) e 10-14 anni (RR = 1,66; IC 95% = 1,41-1,96) (dati non presenti in tabella).

Nel periodo 2018-2019 è stato rilevato un calo delle ospedalizzazioni per asma pediatrica in quasi tutto il territorio nazionale, con l'eccezione di 3 regioni: Piemonte (da 0,20 a 0,24 per 1.000, +20,00%), Campania (da 0,74 a 0,80 per 1.000, +8,11%) e

ASSISTENZA TERRITORIALE

389

Abruzzo (da 0,46 a 0,47 per 1.000, +2,17%). Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati a livello regionale. A conferma di quanto già osservato nel 2018, le regioni che presentano *performance* significativamente peggiori rispetto al dato nazionale

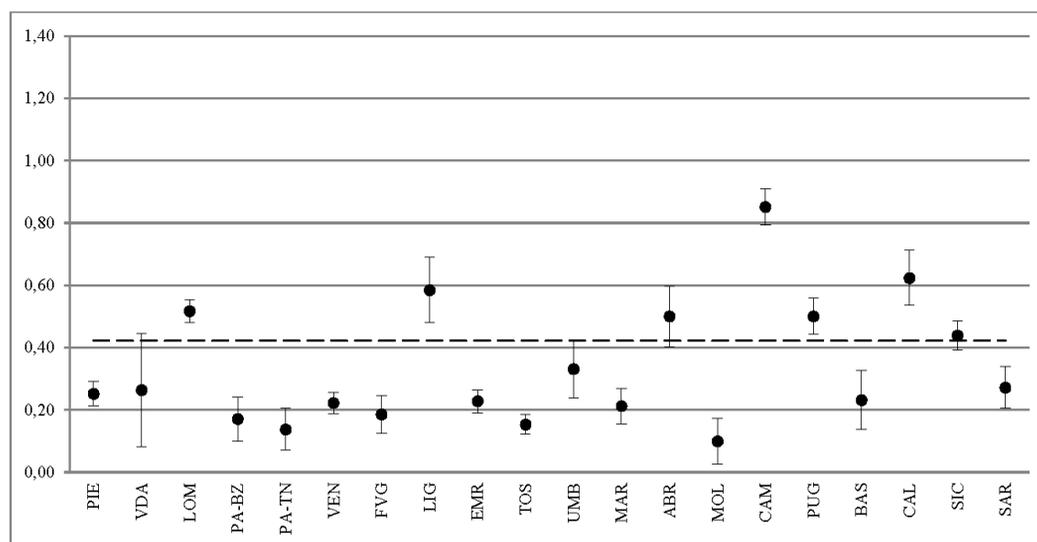
sono: Lombardia, Liguria, Campania, Puglia e Calabria. In Valle d'Aosta, Umbria, Abruzzo e Sicilia il tasso è in linea con il valore italiano, mentre in tutte le altre regioni i tassi di ospedalizzazione sono significativamente inferiori al dato nazionale.

Tabella 1 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da asma per regione - Anno 2019

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	0,70	0,41	0,24	0,15	0,09	0,24
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,33	0,00	0,00	0,50	0,00	0,25
Lombardia	1,29	1,33	0,33	0,16	0,09	0,48
Bolzano-Bozen	0,38	0,36	0,11	0,10	0,06	0,17
Trento	0,23	0,37	0,15	0,00	0,00	0,13
Veneto	0,43	0,42	0,19	0,13	0,09	0,21
Friuli Venezia Giulia	0,26	0,41	0,10	0,09	0,16	0,18
Liguria	0,34	0,57	0,86	0,47	0,42	0,58
Emilia-Romagna	0,63	0,53	0,16	0,09	0,04	0,21
Toscana	0,25	0,09	0,21	0,14	0,14	0,15
Umbria	0,35	0,43	0,42	0,25	0,17	0,32
Marche	0,20	0,44	0,21	0,12	0,07	0,20
Abruzzo	1,50	0,91	0,40	0,22	0,26	0,47
Molise	0,00	0,24	0,09	0,08	0,00	0,09
Campania	2,59	1,36	0,86	0,48	0,21	0,80
Puglia	2,92	0,83	0,33	0,23	0,01	0,45
Basilicata	0,55	0,38	0,23	0,12	0,12	0,22
Calabria	0,95	0,74	0,64	0,52	0,51	0,62
Sicilia	1,27	0,96	0,37	0,14	0,08	0,41
Sardegna	0,33	0,62	0,27	0,09	0,10	0,25
Italia	1,18	0,80	0,36	0,21	0,13	0,40

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2020.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da asma per regione - Anno 2019



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2019, il tasso nazionale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per asma in età pediatrica è pari a 0,40 per 1.000. Il dato mostra una flessione

rispetto al 2018 (0,45 per 1.000, -11,11%). Nel panorama italiano, tuttavia, 5 regioni continuano a manifestare un dato superiore alla media nazionale.

Stando alle evidenze della letteratura internazionale, il



rischio di ospedalizzazione per asma 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) 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

*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 medio nazionale (<1%), mostra una variabilità abbastanza accentuata a livello regionale (5).

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo presenti riferimenti normativi 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 (IC) 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 2019, il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite in età pediatrica è pari a 1,64 per 1.000, in lievissimo aumento rispetto al

2018 (1,61 per 1.000, +1,86%).

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 = 21,69; IC 95% = 19,68-23,90), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR = 15,96; IC 95% = 14,56-17,50), 5-9 anni (RR = 3,82; IC 95% = 3,47-4,20) e 10-14 anni (RR = 1,66; IC 95% = 1,49-1,84) (dati non presenti in tabella).

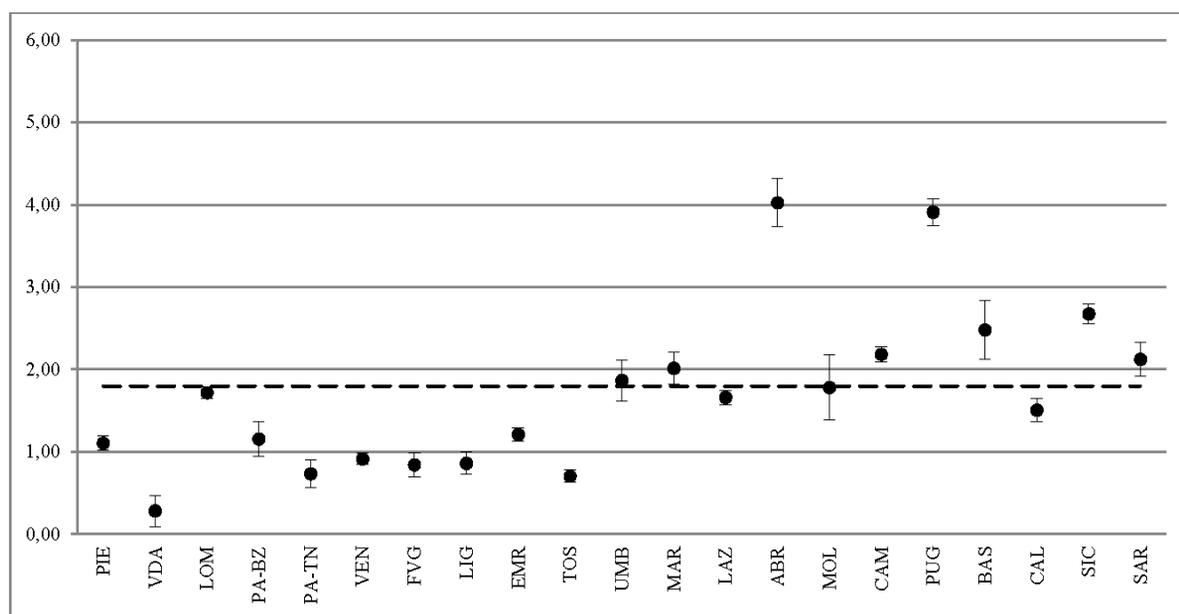
L'aumento delle ospedalizzazioni per gastroenterite pediatrica tra il 2018 e il 2019 ha coinvolto in tutto 12 regioni: Basilicata (da 1,56 a 2,24 per 1.000, +43,59%), PA di Bolzano (da 0,83 a 1,13 per 1.000, +36,14%), Puglia (da 2,69 a 3,52 per 1.000, +30,86%), PA di Trento (da 0,53 a 0,68 per 1.000, +28,30%), Umbria (da 1,35 a 1,66 per 1.000, +22,96%), Marche (da 1,49 a 1,83 per 1.000, +22,82%), Toscana (da 0,53 a 0,64 per 1.000, +20,75%), Sicilia (da 2,24 a 2,49 per 1.000, +11,16%), Veneto (da 0,75 a 0,83 per 1.000, +10,67%), Calabria (da 1,33 a 1,42 per 1.000, +6,77%), Campania (da 1,84 a 1,96 per 1.000, +6,52%), Abruzzo (da 3,53 a 3,73 per 1.000, +5,67%). Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati per età a livello regionale. A conferma di quanto già osservato nel 2018, 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 Umbria, Marche, Molise e Calabria.



Tabella 1 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da gastroenterite per regione - Anno 2019

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	4,51	2,62	0,58	0,31	0,17	1,00
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	1,05	0,00	0,17	0,00	0,25
Lombardia	7,11	4,09	0,80	0,47	0,43	1,58
Bolzano-Bozen	5,15	2,73	0,61	0,10	0,41	1,13
Trento	3,27	1,44	0,30	0,25	0,48	0,68
Veneto	3,22	2,30	0,51	0,21	0,16	0,83
Friuli Venezia Giulia	3,41	2,04	0,46	0,15	0,19	0,75
Liguria	3,05	2,11	0,53	0,22	0,10	0,77
Emilia-Romagna	6,03	2,85	0,50	0,27	0,20	1,11
Toscana	2,69	1,77	0,36	0,17	0,12	0,64
Umbria	8,27	4,44	0,87	0,47	0,34	1,66
Marche	6,37	5,05	1,11	0,69	0,27	1,83
Lazio	5,77	4,46	0,89	0,27	0,19	1,51
Abruzzo	11,21	9,97	3,03	0,85	0,72	3,73
Molise	3,19	4,56	1,65	0,32	0,25	1,64
Campania	7,31	6,05	1,08	0,38	0,21	1,96
Puglia	9,94	9,87	2,66	1,19	0,61	3,52
Basilicata	6,00	6,25	1,83	0,73	0,31	2,24
Calabria	4,35	3,21	1,15	0,60	0,40	1,42
Sicilia	6,94	6,27	2,29	0,87	0,14	2,49
Sardegna	6,30	5,32	1,30	0,59	0,41	1,88
Italia	6,08	4,47	1,07	0,46	0,28	1,64

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2020.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da gastroenterite per regione - Anno 2019

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2019, in Italia il tasso di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per gastroenterite in età pediatrica è pari a 1,64 per 1.000. Il dato mostra un incremento sostanzialmente trascurabile rispetto al 2018 (1,61 per 1.000, +1,86%). Tuttavia, dalle analisi emerge che la sperequazione dei servizi territoriali

regionali è ancora evidente: 7 regioni (Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna) presentano un valore standardizzato per 1.000 >2,00.

Per meglio comprendere il fenomeno in esame e delinearne, ove presenti, le differenze regionali, si consiglia di stratificare le analisi per classe 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.



Caratteristiche strutturali ed organizzative delle strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie nell'insorgenza di cluster da SARS-CoV-2. L'esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5

Dott.ssa Velia Bruno, Prof.ssa Flavia Carle, Dott. Andrea Faragalli, Dott. Gennaro Cerone, Dott. Alberto Perra, Dott. Mario Ranuzzi, Dott.ssa Valentina Rebella

Con l'emergenza SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) è emerso in tutto il Paese che le strutture sanitarie e socio-sanitarie possono rappresentare un importante punto di criticità del sistema, in presenza di fattori di rischio infettivo. Nel periodo aprile-novembre 2020 è stata condotta un'indagine sulle strutture sanitarie e socio-sanitarie del territorio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma 5, con l'obiettivo di verificare se determinate caratteristiche strutturali ed organizzative delle stesse potessero favorire la diffusione del contagio. L'indagine si è basata sull'osservazione di 19 Criteri, elaborati a partire dalle indicazioni contenute nell'Ordinanza n. 34/2020 del Presidente della Regione Lazio; ciascun Criterio corrisponde ad un punteggio che ha consentito di stratificare le strutture in 3 Classi di Rischio crescenti, come riportato in Tabella 1.

Le strutture con almeno 1 positivo tra gli ospiti o gli operatori sono state considerate contagiate e confrontate con le altre strutture rispetto ad ogni Criterio. È stato, inoltre, confrontato il punteggio totale derivato dalla somma dei punteggi dei Criteri 2-19 e la riapertura della struttura a visite esterne tra strutture considerate contagiate e non.

È stato utilizzato un metodo di analisi non parametrico sulla base della distribuzione della somma dei punteggi dei Criteri 2-19. Le variabili continue sono state sintetizzate attraverso la mediana ed il *range* interquartile (1-3° quartile), mentre le variabili qualitative attraverso le frequenze assolute e percentuali.

L'associazione tra strutture contagiate ed i diversi Criteri indagati è stata valutata utilizzando il test sui ranghi di Wilcoxon ed il test esatto di Fisher, rispettivamente, per le variabili quantitative e le variabili qualitative. In considerazione dell'elevato numero di confronti, i valori della probabilità *p* calcolata con il test esatto di Fisher sono stati corretti secondo il Criterio di Benjamini-Hochberg.

La somma dei punteggi dei Criteri 2-19 è stata inserita, come variabile indipendente, all'interno di un modello di regressione logistica multiplo, al fine di valutare la relazione esistente con la probabilità della struttura di essere contagiata (variabile dipendente), aggiustando per la dimensione della struttura (Criterio 1) e la riapertura (Si/No) a visite esterne. I risultati sono stati sintetizzati attraverso gli *Odds Ratio* ed i relativi Intervalli di Confidenza al 95%.

La significatività statistica è stata considerata raggiunta per valori di $p > 5\%$.

Sono state analizzate 129 strutture sanitarie e socio-sanitarie extra-ospedaliere presenti nel territorio della ASL Roma 5.

In 3 di esse, nel periodo compreso tra il 18 aprile-15 ottobre 2020, si sono verificati *cluster* rilevanti, con un numero di soggetti contagiati >40 , mentre in altre 10 si sono sviluppati focolai che hanno coinvolto pochissimi pazienti e operatori; talvolta, la presenza del virus è stata individuata in 1 solo soggetto (anche in soggetti che non presentavano sintomatologia). Complessivamente, sono state interessate dal contagio 13 strutture su un totale di 129 (10,08%) e 254 pazienti su una capienza massima delle strutture insistenti sul territorio aziendale pari a circa 7.500 posti letto.

Non sono state rilevate delle differenze statisticamente significative tra strutture interessate dal contagio e non, per quanto riguarda la somma dei punteggi dei Criteri 2-19. Nessuna associazione è stata riscontrata tra la riapertura della struttura alle visite esterne ed il contagio di pazienti e/o operatori della struttura.

Il confronto tra le distribuzioni dei diversi Criteri in funzione delle Classi di Rischio tra strutture contagiate e non, ha evidenziato che le strutture contagiate hanno avuto un numero di ricoveri negli ultimi 15 giorni (Criterio 19) più elevato rispetto alle strutture non interessate dal contagio (Tabella 2).

La Tabella 3 mostra i risultati della regressione logistica multipla. Le strutture con un numero di pazienti (Criterio 1) >40 hanno una probabilità di essere contagiate di circa dieci volte superiore rispetto a strutture con un numero basso di pazienti (<15) ed una probabilità di circa due volte superiore rispetto a strutture con un numero di pazienti compreso tra 16-40. La somma dei punteggi dei Criteri 2-19 e la riapertura a visite esterne non sono, invece, risultate essere in relazione con una maggiore probabilità di essere interessate dal contagio. Gli elementi di conoscenza sulle caratteristiche delle strutture analizzate, emersi nel corso dell'indagine, hanno aperto una riflessione sulla necessità di sviluppare strategie che prevedano da un lato la gestione della popolazione anziana, ove possibile, al proprio domicilio, dall'altro la reingegnerizzazione dei percorsi assistenziali all'interno delle strutture stesse. L'esperienza riportata evidenzia altresì il ruolo fondamentale del monitoraggio





continuo delle realtà assistenziali socio-sanitarie, per la verifica del mantenimento dei requisiti strutturali e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento e per la valutazione dell'adeguatezza dei percorsi organizzativo-assistenziali, del grado di formazione del personale e dell'effettiva disponibilità di adeguati sistemi di protezione individuale.

Nell'esperienza della ASL Roma 5, il ruolo dell'azienda stessa ha avuto fondamentale rilevanza sia per aver fornito garanzia di un supporto operativo all'interno delle strutture che avevano sviluppato i focolai, sia per la funzione consulenziale offerta sul piano organizzativo; quest'ultima funzione si è espletata attraverso un sostegno metodologico mirato al raggiungimento, da parte degli operatori delle strutture interessate, degli *expertise* necessari alla stabile adozione dei correttivi volti al contenimento dell'ulteriore diffusione del contagio.

L'adozione di comportamenti sicuri, anche nella vita extra-lavorativa per gli operatori sanitari, è oggi più che mai un dovere deontologico ed etico, nel rispetto dell'intero sistema salute, del paziente in generale e del paziente fragile in particolare.

Tabella 1 - Criteri per l'elaborazione delle priorità di intervento sulle strutture territoriali

N	Criterio	1	2	3
1	Numero pazienti	1-15	16-40	>40
2	Tipologia stanze multiple	1 pazienti/stanza	2 pazienti/stanza	>2 pazienti/stanza
3	Proporzione stanze singole (% sul totale delle stanze)	100-60	59-20	19-0
4	Turni operatori sanitari/non sanitari	Giornalieri	Settimanali	Bisettimanali
5	Ditte pulizie esterne	No	Parzialmente	Solo esterne
6	Zona grigia per ospiti	Presente	In allestimento	Assente
7	Ambienti privati per operatori sanitari e non sanitari	Presente	In allestimento	Assente
8	Struttura con più stabilimenti	0	2	>2
9	Presenza di più edifici separati	Si	In parte	No
10	Presenza di stanze, edifici utilizzabili per isolamento	Si	In parte	No
11	Sorveglianza attiva	Presente	In allestimento	Assente
12	Uso di dispositivi di protezione individuale, lavaggio mani, indumenti monouso, gestione rifiuti	Presente	In allestimento	Assente
13	Formazione del personale	Presente	In preparazione	Assente
14	Formazione dei residenti	Presente	In preparazione	Assente
15	Sorveglianza attiva residenti	Presente	In preparazione	Assente
16	Procedura operativa COVID-19 su sospetti COVID-19	Presente	In preparazione	Assente
17	Procedura operativa COVID-19 su ingresso nuovi pazienti	Presente	In preparazione	Assente
18	Procedura operativa COVID-19 su fornitori esterni	Presente	In preparazione	Assente
19	Nuovi ricoveri negli ultimi 15 giorni	No	1	>1

Fonte dei dati: Ordinanza n. 34/2020 del Presidente della Regione Lazio. Anno 2020.



Tabella 2 - Confronto tra le distribuzioni dei diversi Criteri in funzione delle Classi di Rischio tra strutture contagiate e non

Variabile	Struttura				p ¹		
	Contagiata (n = 13)		Non contagiata (n = 116)				
	Mediana	1-3° quartile	Mediana	1-3° quartile			
Punteggio totale (Criteri 1-19)	29	27-31	29	27-30	0,875		
Punteggio totale (Criteri 2-19)	27	25,75-30,00	26	25-28	0,508		
Riapertura	N	%	N	%	p²		
Si	6	46,15	35	30,17			
No	7	53,85	81	69,83	0,117		
Criterio	Classi di rischio			Classi di rischio			p ³
	1	2	3	1	2	3	
Numero pazienti [N (%)]	4 (30,77)	3 (23,08)	6 (46,15)	63 (54,31)	43 (37,07)	10 (8,62)	0,167
Tipologia stanze multiple [N (%)]	3 (23,08)	3 (23,08)	7 (53,85)	7 (6,03)	42 (36,21)	67 (57,76)	0,999
Proporzione stanze singole (% sul totale delle stanze) [N (%)]	3 (23,08)	4 (30,77)	6 (46,15)	9 (7,76)	23 (19,83)	84 (72,41)	0,999
Turni operatori sanitari/non sanitari [N (%)]	5 (38,46)	1 (7,69)	7 (53,85)	62 (53,45)	28 (24,14)	26 (22,41)	0,999
Ditte pulizie esterne [N (%)]	7 (53,85)	1 (7,69)	5 (38,46)	98 (84,48)	10 (8,62)	8 (6,90)	0,306
Zona grigia per ospiti [N (%)]	7 (53,85)	0 (0)	6 (46,15)	36 (31,03)	9 (7,76)	71 (61,21)	0,999
Ambienti privati per operatori sanitari e non sanitari [N (%)]	10 (76,92)	2 (15,38)	1 (7,69)	106 (91,38)	1 (0,86)	9 (7,76)	0,148
Struttura con più stabilimenti [N (%)]	7 (53,85)	2 (15,38)	4 (30,77)	90 (77,59)	14 (12,07)	12 (10,34)	0,99
Presenza di più edifici separati [N (%)]	12 (92,31)	0 (0)	1 (7,69)	73 (62,93)	13 (11,21)	30 (25,86)	0,99
Presenza di stanze, edifici utilizzabili per isolamento [N (%)]	12 (92,31)	0 (0)	1 (7,69)	66 (56,90)	22 (18,97)	28 (24,14)	0,608
Sorveglianza attiva [N (%)]	13 (100)	0 (0)	0 (0)	108 (93,10)	2 (1,72)	6 (5,17)	0,999
Uso di dispositivi di protezione individuale, lavaggio mani, indumenti monouso, gestione rifiuti [N (%)]	12 (92,31)	1 (7,69)	0 (0)	112 (96,55)	1 (0,86)	3 (2,59)	0,999
Formazione del personale [N (%)]	11 (84,62)	1 (7,69)	1 (7,69)	105 (90,52)	7 (6,03)	4 (3,45)	0,999
Formazione dei residenti [N (%)]	10 (76,92)	0 (0)	3 (23,08)	96 (82,76)	10 (8,62)	10 (8,62)	0,999
Sorveglianza attiva residenti [N (%)]	13 (100)	0 (0)	0 (0)	108 (93,10)	4 (3,45)	4 (3,45)	0,999
Procedura operativa COVID-19 su sospetti COVID-19 [N (%)]	13 (100)	0 (0)	0 (0)	104 (89,66)	8 (6,90)	4 (3,45)	0,999
Procedura operativa COVID-19 su ingresso nuovi pazienti [N (%)]	10 (76,92)	1 (7,69)	2 (15,38)	82 (70,69)	18 (15,52)	16 (13,79)	0,999
Procedura operativa COVID-19 su fornitori esterni [N (%)]	10 (76,92)	0 (0)	3 (23,08)	51 (43,97)	9 (7,76)	56 (48,28)	0,999
Nuovi ricoveri negli ultimi 15 giorni [N (%)]	7 (53,85)	0 (0)	6 (46,15)	105 (90,52)	7 (6,03)	4 (3,45)	0,008

Legenda:p¹ = test dei ranghi di Wilcoxon.p²: test esatto di Fisher.p³: test esatto di Fisher con l'applicazione della correzione Benjamini-Hochberg.**Tabella 3** - Risultati della regressione logistica multipla

Variabili	Odds Ratio	Intervalli di Confidenza al 95%	p
Punteggio totale (Criteri 2-19)	0,93	0,79; 1,09	0,408
Numero pazienti			
(Criterio 1 - Classi di Rischio)			
(1-15) vs (16-40)	1,14	0,21; 5,52	0,871
(1-15) vs >40	10,30	2,42; 50,07	0,002
(16-40) vs >40	2,20	1,96; 51,46	0,007
Riapertura [Si vs No]	3,37	0,90; 13,80	0,075