

Assistenza territoriale

L'Assistenza Territoriale (AT), come qualsiasi sistema complesso, evolve e si modella contestualmente con lo scenario socio-demografico, economico e politico di riferimento. Scopo di questo Capitolo è fornire un'istantanea dell'AT a livello nazionale che, sebbene incorporata in una cornice definitoria e operativa allineata al contesto contemporaneo, attraverso raccomandazioni basate sull'evidenza scientifica, possa anche risultare antesignana di possibili, nuove configurazioni organizzative.

Nella corrente Edizione di questo Capitolo, in particolare, si descrive e caratterizza un sistema alla vigilia di profondi cambiamenti strutturali e funzionali. Partendo dalla definizione e cercando di fare chiarezza sulla terminologia, per AT si intende un sistema di Assistenza Primaria rivolto ad una popolazione residente in una determinata area geo-politica (1). I due termini risultano, pertanto, sostanzialmente sovrapponibili. L'Assistenza Primaria si configura come un sistema complesso di offerta di salute a destinatario individuale e comunitario, caratterizzato da relazioni evolutive tra assistito, *stakeholder* comunitari e diversi attori coinvolti nei vari *setting* assistenziali. Un'Assistenza Primaria volta al primo contatto (con il trattamento dell'acuzie non complessa, la formulazione di un sospetto diagnostico e il *gatekeeping* a livelli specialistici ulteriori), ma indirizzata, soprattutto, alla presa in carico di condizioni croniche di salute, attraverso un approccio *life-course*. Nello specifico, per "presa in carico" si intende un processo in cui, accanto all'accesso amministrativo, organizzativo e di primo trattamento, si garantisce una continuità dell'assistenza secondo una dimensione relazionale, informativa e gestionale per condizioni croniche di salute che non riguardano solo stati di malattia, ma includono anche condizioni di fragilità, disabilità e di esposizione a fattori di rischio. A tal proposito, si sottolinea la necessità di inserire la presa in carico dell'individuo in una logica ben più ampia di presa in carico dell'intera comunità di riferimento, in cui la *governance* di sistema, secondo un approccio di *Population Medicine*, definisca strategie e interventi calibrati per sottogruppi di popolazione individuati sulla base di una valutazione stratificata e integrata dei bisogni sociali e di salute. Da ciò può conseguire una risposta mirata e anticipatoria anche verso i bisogni del singolo, attraverso il reclutamento proattivo ed elettivo dei soggetti pre-classificati per i quali *équipe* multiprofessionali e multidisciplinari, sulla base di una valutazione multidimensionale, formulano, attivano, monitorano e adattano Piani Assistenziali Individualizzati.

Da quanto finora esplicitato, emergono due requisiti caratterizzanti l'AT verso cui gli assetti organizzativi devono tendere: l'integrazione e l'orientamento alla comunità. L'integrazione, in un'accezione multidimensionale, si rende necessaria per contrastare la frammentazione dei servizi e delle prestazioni nell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, promuovendone e migliorandone la continuità dell'assistenza ai vari livelli. L'Assistenza Primaria integrata, infatti, è considerata strategica per migliorare accessibilità, sostenibilità e qualità dell'assistenza sanitaria, soprattutto in risposta ai bisogni di salute complessi (2, 3). Per quanto concerne l'orientamento alla comunità, oltre all'importanza già discussa di definire programmi comunitari in un approccio integrato tra Sanità Pubblica e Assistenza Primaria, risulta fondamentale investire anche in un *engagement* comunitario finalizzato alla co-produzione di salute. Un processo in cui, nella pluralità di protagonisti dell'offerta, viene riconosciuto un ruolo attivo anche ai cittadini e alla comunità di riferimento in qualsiasi fase del ciclo di produzione, dalla pianificazione alla gestione e alla valutazione dei servizi (4, 5). Un processo collaborativo, quindi, in cui gli individui e la comunità, da semplici fruitori passivi dell'offerta, vengono a qualificarsi come risorsa attiva per il sistema, alimentando, in tal modo, anche il proprio senso di appartenenza ad esso.

Un'AT che sviluppi progettualità per specifici obiettivi di salute, che sia integrata e *community-oriented* rappresenta una sfida obbligata per realizzare un sistema salute sostenibile e resiliente, in grado di produrre valore non solo in sanità, ma anche in termini di coesione sociale e sviluppo economico. Richiede, tuttavia, una stretta sinergia di competenze e responsabilità tra Distretto, Dipartimento di Cure Primarie, Dipartimento di Prevenzione e gli altri attori della sanità del territorio.

Come già accennato, in questo periodo si è assistito ad una convergenza di intenti dei vari *decision maker* verso la realizzazione di un modello organizzativo di AT allineato con quanto finora descritto. Si tratta, in realtà, di un processo trasformativo che ha trovato solo nell'ultimo biennio una congiuntura favorevole per una concreta realizzazione, sebbene fosse da tempo auspicato per fronteggiare la transizione demografica ed epidemiologica in atto che, da decenni, sta accrescendo in modo esponenziale la domanda di salute per bisogni complessi. La pandemia da *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2* (SARS-CoV-2) ha evidenziato, infatti, criticità latenti di un sistema sanitario che presenta scarsa integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali ed ecces-

sive diseguaglianze territoriali nell'erogazione dei servizi di prevenzione e assistenza sul territorio; al contempo, ne ha catalizzato le attese e necessarie dinamiche evolutive.

In questa prospettiva, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) (6), inserito nel programma *Next Generation* EU, ha previsto nella prima componente della Missione Salute ingenti investimenti per potenziare l'offerta della rete territoriale, attraverso la progettazione di strutture e Presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Nello specifico, per la suddetta componente, "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", il PNRR stanzierà 7 miliardi di €, a cui si aggiungeranno 1,5 miliardi di € dal pacchetto "Assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d'Europa" che, come previsto dalla normativa dell'Unione Europea, dovranno essere spesi negli anni 2021-2023, e 0,5 miliardi di € derivanti dalla programmazione nazionale aggiuntiva (fondo complementare), per un totale di 9 miliardi di €. Si tratta di risorse importanti che costituiscono un'opportunità unica da capitalizzare per adottare le opportune riforme nell'AT di cui il Sistema Sanitario Nazionale necessita.

Come di consueto, il Rapporto Osservasalute presenta di seguito l'applicazione di indicatori "core" al fine di misurare e monitorare i processi di Assistenza Primaria, nella prospettiva di un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza agli individui e alle popolazioni.

Riferimenti bibliografici

- (1) Damiani G, Acampora A, Frisicale ME, Silvestrini G. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2015, Assistenza territoriale, 2015.
- (2) Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care* 2001, 1: e21.
- (3) Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q*. 2009;13 Spec No: 6-15.
- (4) Brandsen T et al. (2016). Distinguishing different types of coproduction: a conceptual analysis based on the classical definitions. *Public Adm Rev*. 2016; 76 (3): 427-435.
- (5) Nabatchi T et al. (2017). Varieties of participation in public services: the who, when, and what of coproduction. *Public Adm Rev*. 2017; 77 (5): 766-776.
- (6) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), 2021. Disponibile sul sito: www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf. Ultimo accesso il 06 febbraio 2022.

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. Nel 2021, le condizioni di sopravvivenza della popolazione registrano un'inversione rispetto all'andamento storico con una riduzione della speranza di vita alla nascita che si attesta per gli uomini a 79,7 anni (-1,3 anni rispetto agli 81,0 anni del 2019) e per le donne a 84,4 anni (-0,9 anni rispetto agli 85,3 anni del 2019). La speranza di vita a 65 anni scende a 19,9 anni: 18,2 anni per gli uomini e 21,6 anni per le donne. Il contributo alla mortalità dei decessi per *Corona Virus Disease-19* (COVID-19), pari al 10,2%, si è caratterizzato per differenze fra le varie ripartizioni geografiche (14,5% del Nord vs 6,8% e 5,2% di Centro e Sud ed Isole, rispettivamente) e fasce di età, in particolare facendo registrare il 12,4% per la fascia di età 65-79 anni (1, 2).

Al 1° gennaio 2021, la popolazione residente in Italia è pari a 59 milioni 257 mila unità, di oltre 380 mila in meno rispetto all'anno precedente; la quota degli ultra 65enni è in ulteriore incremento rappresentando il 22,8% dei residenti (3). Prosegue la crescita, in termini assoluti e relativi, della popolazione anziana e assistiamo, pertanto, all'aumento dello squilibrio demografico: al 1° gennaio 2021 l'Indice di Vecchiaia è pari a 183,3 ultra 65enni per 100 giovani di età <15 anni; in ulteriore crescita rispetto all'anno precedente (179,4 ultra 65enni per 100 giovani di età <15 anni); nel 2015 era pari a 157,7 per 100 giovani di età <15 anni (4).

La percentuale di residenti affetti da almeno una patologia cronica si stabilizza attestandosi al 40,9%. Le patologie cronico-degenerative affliggono, con una lieve deflessione rispetto al 2019, il 53,8% della popolazione di età 55-59 anni raggiungendo la quota dell'86,3% tra le persone ultra 65enni. Il 20,8% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche con una frequenza maggiore per il genere femminile, ad eccezione delle malattie cardiache e della bronchite cronica che è omogeneamente distribuita nei due generi (5).

Tra gli ultra 75enni la multi-morbilità continua l'andamento in crescita, in particolare a svantaggio del genere femminile, attestandosi al 65,1% (56,8% tra gli uomini e 70,7% tra le donne) (5). 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 croni-

co-degenerative, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per l'assistenza sanitaria (6).

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 (art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017). 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 (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/PA in materia di assistenza socio-sanitaria.

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 (*compliance* della famiglia/*caregiver*), ed al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, malattie progressivamente invalidanti e 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 da medici specialisti necessari alla patologia del paziente: questi

concorrono alla valutazione multidimensionale del bisogno clinico che consenta 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 un’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 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	

*Sono considerati gli assistiti relativi a “Prese in Carico Erogate” (PIC erogate) nell’anno di riferimento. Per PIC 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 Giornate 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 già menzionato 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 già menzionato 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 con l’eliminazione di situazioni di duplicazioni di codici assistito. Pertanto, si è reso

necessario rielaborare i dati relativi al periodo 2014-2018.

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” quali standard qualificanti le attività di cure domiciliari per livelli differenziati in funzione di:

- 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 le 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 di primo accesso alla data di ultimo accesso, al netto dei periodi di sospensione).

Le già menzionate 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'esauritiva 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 2020, si contano 390.034 cittadini con età ≥ 65 anni che sono inseriti in ADI, corrispondente al 2,91% della popolazione ultra 65enne media residente (Tabella 1).

Il numero degli assistiti trattati in ADI con età ≥ 65

anni mostra un'inversione della tendenza storica con una riduzione dello 0,3% rispetto al 2019, anno in cui aveva raggiunto i 391.093 cittadini ultra 65enni.

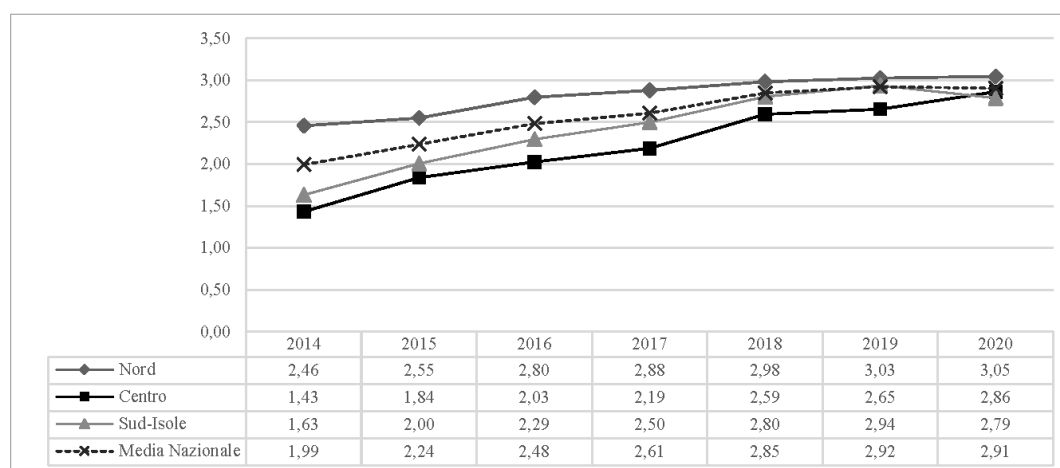
L'accorpamento per macroaree dei dati relativi al tasso di assistiti ultra 65enni in ADI mostra un andamento disomogeneo tra le ripartizioni con una tendenza alla riduzione della variabilità. In particolare, emerge un calo del tasso di assistiti per il Meridione (-5,1%) con un ritorno ai valori del 2018, un rallentamento della crescita rispetto alla tendenza nella serie storica dei 5 anni precedenti per la ripartizione Nord (+0,6%) e un'accelerazione dell'incremento per le regioni del Centro (+7,8%) (Grafico 1).

A livello regionale si evidenziano, invece, importanti disomogeneità: si osserva, infatti, un tasso minimo pari a 0,47% in Valle d'Aosta e nella PA di Bolzano (di cui si segnala la disponibilità dei dati del Sistema SIAD a partire dalla rilevazione 2019) e un tasso elevato in Abruzzo pari nel 2020 a 4,40%, grazie ad un incremento del 14,9%; seguono la Sicilia (4,03%) e il Veneto (3,85%) (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 4,72%, in lieve riduzione rispetto al 4,81% dell'anno precedente. L'analisi a livello regionale mostra una distribuzione per le singole regioni in linea con l'analisi per gli ultra 65enni con la PA di Bolzano che si attesta, nel secondo anno per cui i dati SIAD sono disponibili, al valore inferiore di ricorso all'ADI (0,71%) e l'Abruzzo con 7,07% al valore massimo (Tabella 1).

Per quanto riguarda il numero di ADI rivolte ai pazienti terminali non sono disponibili dati aggiornati relativi all'anno 2020.

Grafico 1 - Tasso (valori per 100) di assistiti di età 65 anni ed oltre trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anni 2014-2020



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 - 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 2021.

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 2020

Regioni	Assistiti 65+	Popolazione 65+	Tassi di assistiti 65+	Assistiti 75+	Popolazione 75+	Tassi di assistiti 75+
Piemonte	28.223	1.107.917	2,55	23.380	582.639	4,01
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	142	29.931	0,47	113	15.345	0,74
Lombardia	63.215	2.269.109	2,79	52.328	1.176.212	4,45
Bolzano-Bozen	494	104.176	0,47	396	55.629	0,71
Trento	3.636	120.085	3,03	2.952	61.480	4,80
Veneto	43.128	1.119.979	3,85	36.263	582.541	6,22
Friuli Venezia Giulia	10.521	317.520	3,31	8.653	168.325	5,14
Liguria	12.241	437.847	2,80	10.329	240.338	4,30
Emilia-Romagna	38.730	1.071.447	3,61	33.333	569.463	5,85
Toscana	33.848	943.339	3,59	27.208	501.989	5,42
Umbria	5.744	224.004	2,56	4.938	120.832	4,09
Marche	12.707	378.020	3,36	10.838	202.535	5,35
Lazio	27.976	1.259.810	2,22	24.026	647.464	3,71
Abruzzo	13.661	310.308	4,40	11.298	159.843	7,07
Molise	2.407	74.850	3,22	2.066	38.551	5,36
Campania	25.824	1.078.643	2,39	20.837	507.262	4,11
Puglia	16.499	878.014	1,88	13.428	437.547	3,07
Basilicata	4.808	128.527	3,74	4.026	65.167	6,18
Calabria	4.253	413.372	1,03	3.506	204.026	1,72
Sicilia	41.977	1.040.548	4,03	33.379	512.691	6,51
Sardegna	n.d.	385.769	n.d.	n.d.	194.997	n.d.
Italia	390.034	13.423.631	2,91	323.297	6.849.875	4,72

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 - 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 2021.**Raccomandazioni di Osservasalute**

L'analisi dei dati rispetto alle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute evidenzia, per l'anno 2020, una stabilizzazione a livello nazionale dell'attività dell'ADI sottesa dall'implementazione progressiva dei modelli organizzativi sanitari delle cure primarie sostenuta da diverse velocità di sviluppo.

Tale andamento 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%).

Dall'analisi dei dati relativi al tasso di assistiti in ADI nel 2020, accorpati per macroaree, emerge che in quasi tutte le regioni si registra un andamento in discontinuità rispetto agli anni precedenti in relazione all'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla struttura demografica associata alla diversità di incidenza e alle disomogeneità nella risposta dei servizi sanitari regionali. Tuttavia, nel complesso la forbice si limita progressivamente grazie all'incremento del tasso di assistiti nelle regioni del Centro e nonostante la flessione delle regioni meridionali.

Sebbene l'applicazione del flusso SIAD sintetizzi modelli organizzativi distinti ed evidenzi le difficoltà di una completa valutazione delle differenze rilevate,

con il consolidamento di tale flusso e, l'incremento delle regioni e PA che rendono disponibile il dato, si ha progressivamente a disposizione una possibilità di analizzare le diverse fasi del percorso e la caratterizzazione di profili di cura domiciliari. La completezza del flusso SIAD, promossa dall'introduzione degli indicatori distrettuali del Nuovo Sistema di Garanzia, 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 e in considerazione del loro ridisegno in risposta all'evento epidemico nei diversi contesti regionali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Rapporto Annuale 2021 - La situazione del Paese, Capitolo 2. Lo Shock da pandemia: Impatto demografico e conseguenze demografiche pag. 78.
- (2) Istat. Rapporto Statistico Italiano 2021, Capitolo 3. Popolazione e Famiglie pag. 113.
- (3) Istat. Rapporto Statistico Italiano 2021, Capitolo 3. Popolazione e Famiglie pag. 111.
- (4) Istat. Rapporto Statistico Italiano 2021, Capitolo 3. Popolazione e Famiglie pag. 115.
- (5) Istat. Annuario Statistico Italiano 2021, Capitolo 4. Sanità e salute. Condizioni di salute, Malattie croniche pag.164-165.
- (6) Cittadinanzattiva - XX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità - La cura che (ancora) non c'è.
- (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 11 febbraio 2022.

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 e 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

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

Rapporto tra posti letto e beneficiari di prestazioni per la disabilità

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

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. Risulta difficoltoso individuare un valore di riferimento, poiché il rapporto ideale tra posti letto residenziali e popolazione dipende dall'offerta di forme di assistenza alternative e dall'orientamento delle singole regioni.

Descrizione dei risultati

In Italia, i posti letto destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono, complessivamente, 327.970, pari a 55,0 per 10.000 abitanti. La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani non autosufficienti (194,4 per 10.000), mentre quote residuali sono rivolte ad utenti con disabilità (12,8 per 10.000). L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra soprattutto nelle regioni del Nord e si riduce sensibilmente nelle altre aree del Paese. I più alti livelli di offerta complessiva si registrano nella PA di Trento con 104,0 posti letto per 10.000; la più bassa dotazione di posti letto si riscontra, invece, nelle regioni meridionali con livelli minimi in Campania (9,4 posti letto per 10.000).

Per quanto riguarda gli anziani, il tasso più elevato si registra nella PA di Bolzano (442,7 posti letto per 10.000), mentre l'offerta più bassa si rileva in Campania dove il livello dei tassi scende a 21,0 per 10.000. La quota di posti letto dedicati alle persone con disabilità raggiunge il livello massimo in Liguria e in Valle d'Aosta (rispettivamente, 27,0 e 26,3 per 10.000), mentre i valori minimi si registrano ancora una volta in Campania, con un tasso di 6,6 per 10.000 (Tabella 1).

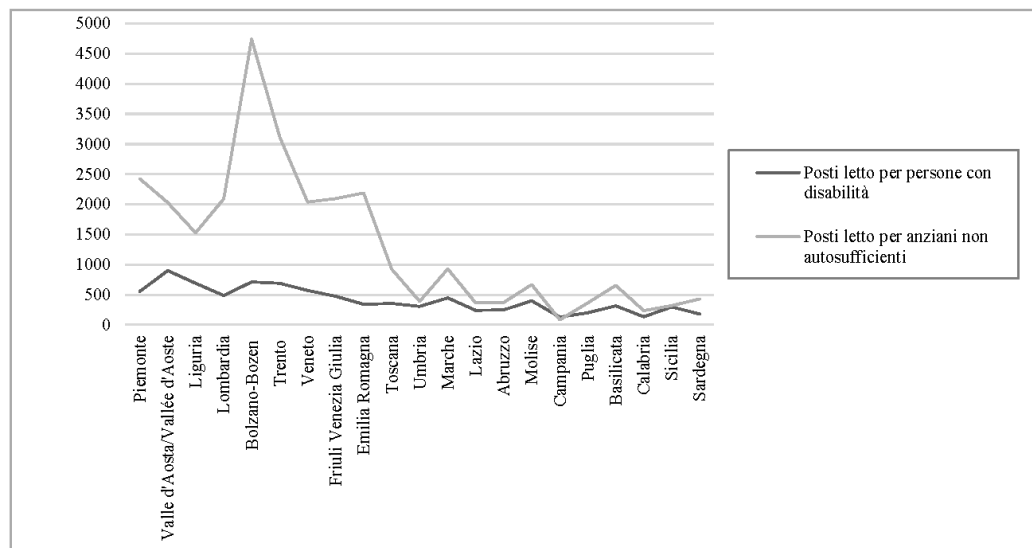
Se consideriamo il secondo indicatore, il gradiente Nord-Sud ed Isole aumenta per entrambi i *target* d'utenza e l'offerta di servizi residenziali è molto più bassa nel Meridione, dove la quota di percettori di pensioni risulta essere maggiore (Grafico 1).

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 2019

Regioni	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Totale	Coefficiente di Δ %
Piemonte	16,1	319,8	94,7	0,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	26,3	330,3	100,0	0,0
Lombardia	13,0	288,0	75,9	0,0
Bolzano-Bozen	17,1	442,7	101,5	0,0
Trento	17,3	404,4	104,0	0,7
Veneto	15,3	297,7	81,0	1,3
Friuli Venezia Giulia	14,0	329,4	97,6	2,4
Liguria	27,0	254,7	92,4	1,1
Emilia-Romagna	10,6	332,7	88,5	0,6
Toscana	11,3	155,0	48,3	1,3
Umbria	16,5	108,6	40,4	0,7
Marche	18,6	206,6	66,0	4,3
Lazio	10,4	74,9	24,7	1,5
Abruzzo	11,8	81,3	28,7	0,5
Molise	19,6	144,4	51,1	2,8
Campania	6,6	21,0	9,4	2,8
Puglia	11,4	92,2	29,6	2,7
Basilicata	16,4	151,4	48,1	0,8
Calabria	9,2	65,9	21,8	3,0
Sicilia	15,1	74,5	28,0	2,6
Sardegna	10,6	104,9	33,7	2,4
Italia	12,8	194,4	55,0	0,3

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2021.

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 2019



Fonte dei dati: Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2018. INPS: Casellario centrale dei pensionati. Anno 2021.

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 ai 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) Istat, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Anno 2018, Datawarehouse I.stat. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>. Occorre selezionare i temi: "Assistenza e previdenza" - "Assistenza residenziale" - "Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari" e anche "Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari".
- (2) Istat, Rapporto SDGs 2020. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/242819.
- (3) Istat, Gli indicatori del BES. Aggiornamento intermedio giugno 2020. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/benessere-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-\(bes\)/gli-indicatori-del-bes](http://www.istat.it/it/benessere-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-(bes)/gli-indicatori-del-bes).

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 diventa 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 a 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'attivi-

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

Le strutture considerate sono state quelle erogatrici di assistenza con una rilevante componente sanitaria, rilevate con l'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

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 e 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 2019, 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* d'utenza adottati nell'indagine relativa all'anno 2014.

Valore di riferimento/Benchmark. Risulta difficoltoso individuare un valore di riferimento, poiché la quota di soggetti istituzionalizzati dipende dal diverso livello di offerta residenziale presente sul territorio e da una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.

Descrizione dei risultati

Nel 2019, gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 237.630 (171,5 per 10.000 anziani residenti). Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente 48.664 (13,4 per 10.000 adulti residenti) e 2.039 (2,2 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 Bolzano e Trento (rispettivamente, 413,4 e 380,8 per 10.000).

Nel Meridione il tasso di ricovero si riduce considerevolmente e tocca i valori minimi in Campania, dove per 10.000 anziani residenti risultano ricoverati 19,5 anziani non autosufficienti, valori fortemente al di sotto del livello nazionale (171,5 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 (27,8 ospiti adulti per 10.000), mentre le regioni del Meridione vedono ridursi considerevolmente i livelli del tasso. L'andamento regionale risulta, in gran parte, 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 (11,8 per 10.000); ad eccezione della Sicilia (6,9 per 10.000), tassi più bassi si registrano soprattutto nelle regioni del Sud, come Basilicata, Calabria

e Campania (rispettivamente, 0,5, 0,6 e 0,7 per 10.000); il valore minimo si riscontra, invece, nelle Marche (0,0 per 10.000).

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 2019

Regioni	Anziani non autosufficienti		Adulti con disabilità		Minori con disabilità	
	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %
Piemonte	276,8	0,6	17,5	1,0	4,6	2,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	300,6	0,0	20,1	0,0	11,8	0,0
Lombardia	276,0	0,7	14,7	1,2	1,8	5,6
Bolzano-Bozen	413,4	0,0	23,9	0,0	3,8	0,0
Trento	380,8	0,0	20,7	0,0	2,4	0,0
Veneto	269,3	0,7	15,8	0,7	1,4	2,9
Friuli Venezia Giulia	281,1	1,5	16,9	1,5	2,1	5,6
Liguria	211,4	1,9	27,8	3,7	2,7	10,9
Emilia-Romagna	255,6	0,8	12,7	1,2	1,1	4,8
Toscana	136,9	1,2	11,7	2,1	1,8	5,0
Umbria	101,7	1,0	18,6	1,2	2,1	4,6
Marche	195,2	4,2	20,2	4,8	0,0	0,0
Lazio	66,3	2,4	10,4	2,9	1,3	8,3
Abruzzo	73,0	0,5	9,4	0,7	1,0	1,8
Molise	105,8	8,3	18,4	13,3	1,6	22,3
Campania	19,5	3,7	6,4	5,2	0,7	12,8
Puglia	82,6	2,7	10,4	4,3	2,1	9,4
Basilicata	88,8	0,6	15,6	1,1	0,5	2,6
Calabria	57,2	3,8	7,8	7,2	0,6	12,9
Sicilia	57,7	3,4	14,9	4,1	6,9	17,2
Sardegna	89,9	2,9	9,1	4,3	1,2	15,4
Italia	171,5	1,0	13,4	1,2	2,2	3,7

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2021.

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) Istat, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Anno 2018, Datawarehouse Istat. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>. Occorre selezionare i temi: "Assistenza e previdenza" - "Assistenza residenziale" - "Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari" e anche "Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari".

(2) Istat, Rapporto SDGs 2020. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/242819.

(3) Istat, Gli indicatori del BES. Aggiornamento intermedio giugno 2020. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/benessere-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-\(bes\)/gli-indicatori-del-bes](http://www.istat.it/it/benessere-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-(bes)/gli-indicatori-del-bes).

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 il tasso di ospedalizzazione

per asma, come proposto dall'*Agency for Healthcare Research and Quality*, 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

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

*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 (1,00 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 6,4 volte superiore al valore di riferimento nazionale (0,82 vs 0,13 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 2020, il tasso di ospedalizzazioni per asma in età pediatrica è pari a 0,17 per 1.000, in forte calo rispetto al 2019 (0,40 per 1.000, -57,50%). 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 = 8,15; IC 95% = 6,25-10,61), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR = 6,91; IC 95% = 5,52-8,64), 5-9 anni (RR = 3,79; IC 95% = 3,02-4,76) e 10-14 anni (RR = 3,03; IC 95% = 2,39-3,84) (dati non riportati in tabella).

La diminuzione delle ospedalizzazioni per asma pediatrica tra il 2019 e il 2020 ha coinvolto tutto il territorio nazionale a eccezione di 3 regioni: PA di Trento (da 0,13 a 0,16 per 1.000, +23,08%), Valle d'Aosta (da 0,25 a 0,31 per 1.000, +24,00%) e PA di Bolzano (da 0,17 a 0,17 per 1.000, +0,00%).

Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati per età a livello regionale. A parziale conferma di quanto osservato nel 2019, le regioni che presentano *performance* significativamente peggiori rispetto al dato nazionale sono: Lombardia, Liguria, Campania e Calabria. In Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna,

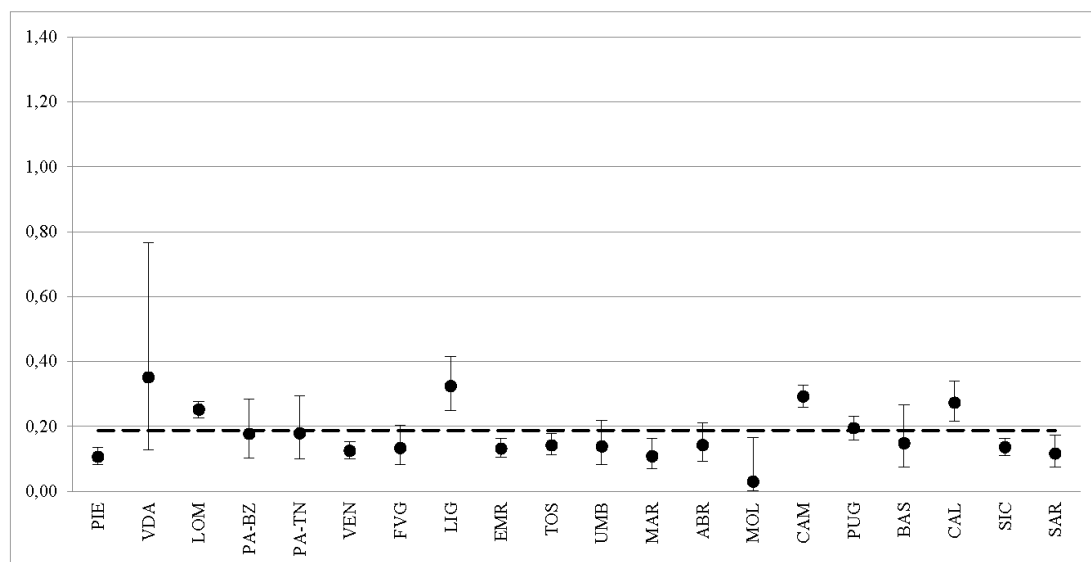
Toscana, Marche, Molise, Sicilia e Sardegna i tassi sono significativamente inferiori al valore italiano, mentre in tutte le altre regioni i tassi di ospedalizzazione sono in linea con il dato nazionale (Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo, Puglia e Basilicata).

Tabella 1 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da asma per regione - Anno 2020

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	0,33	0,17	0,10	0,08	0,01	0,10
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	1,10	0,17	0,21	0,00	0,31
Lombardia	0,63	0,56	0,21	0,10	0,03	0,23
Bolzano-Bozen	0,19	0,23	0,21	0,17	0,04	0,17
Trento	0,24	0,49	0,11	0,09	0,00	0,16
Veneto	0,21	0,17	0,14	0,12	0,02	0,12
Friuli Venezia Giulia	0,13	0,18	0,18	0,12	0,03	0,13
Liguria	0,11	0,41	0,28	0,43	0,17	0,31
Emilia-Romagna	0,26	0,26	0,11	0,08	0,04	0,12
Toscana	0,04	0,06	0,14	0,22	0,16	0,14
Umbria	0,00	0,08	0,23	0,16	0,07	0,14
Marche	0,10	0,23	0,09	0,07	0,04	0,10
Abruzzo	0,48	0,32	0,12	0,04	0,00	0,13
Molise	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Campania	0,44	0,42	0,31	0,28	0,07	0,27
Puglia	0,93	0,35	0,14	0,09	0,01	0,17
Basilicata	0,28	0,26	0,09	0,15	0,05	0,14
Calabria	0,21	0,34	0,23	0,34	0,16	0,26
Sicilia	0,29	0,27	0,15	0,06	0,01	0,13
Sardegna	0,12	0,17	0,17	0,07	0,02	0,11
Italia	0,38	0,32	0,18	0,14	0,05	0,17

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2021.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da asma per regione - Anno 2020



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2020, il tasso nazionale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per asma in età pediatrica è risultato pari a 0,17 ogni 1.000 abitanti. La drastica flessione rispetto al 2019 (0,40 per 1.000, -57,50%) è certamente legata alla pandemia di *Corona Virus Disease-19* (COVID-19), che ha comportato innumerevoli cambiamenti nella gestione della sanità, nell'economia, negli stili di vita e nelle abitudini delle persone.

La contrazione degli accessi alle prestazioni ospedaliere da parte dei cittadini può essere vista come il risultato di effetti diretti e indiretti della pandemia, quali le indicazioni di limitare gli accessi al Pronto Soccorso, l'applicazione di periodi di *lockdown* e il timore di contagio.

L'osservazione di un decremento degli accessi impropri in Ospedale può essere accolta positivamente, poiché testimonia l'implementazione di attività e servizi mirati di assistenza territoriale e la riduzione della pressione sui posti letto e sul personale ospedaliero, favorendo una maggiore attenzione alla cura dei pazienti affetti da COVID-19. Tuttavia, il mero computo dei tassi di ospedalizzazione non consente di quantificare l'efficacia e l'appropriatezza delle attività territoriali messe in campo per la presa in carico del paziente asmatico in età pediatrica, e potrebbe in real-

tà celare un mancato accesso a qualunque tipo di prestazione sanitaria, specialmente nelle prime fasi della pandemia. Per capire se vi sia stata una effettiva riduzione degli accessi impropri nel 2020, bisognerà attendere i dati del 2021 al fine di condurre un'analisi di trend dei tassi di ospedalizzazione a livello nazionale e regionale.

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 2020, il tasso di ospedalizzazioni per gastroenterite in età pediatrica è pari a 0,59 per 1.000, in forte calo rispetto al 2019 (1,64 per 1.000, -64,02%).

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 = 20,09; IC 95% = 17,58-22,95), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR = 10,30; IC 95% = 9,08-11,67), 5-9 anni (RR = 3,33; IC 95% = 2,91-3,79) e 10-14 anni (RR = 2,20; IC 95% = 1,91-2,53) (dati non riportati in tabella). La diminuzione delle ospedalizzazioni per gastroenterite pediatrica tra il 2019 e il 2020 ha coinvolto tutto il territorio nazionale a eccezione della Valle d'Aosta (da 0,25 a 0,26 per 1.000, +4,00%).

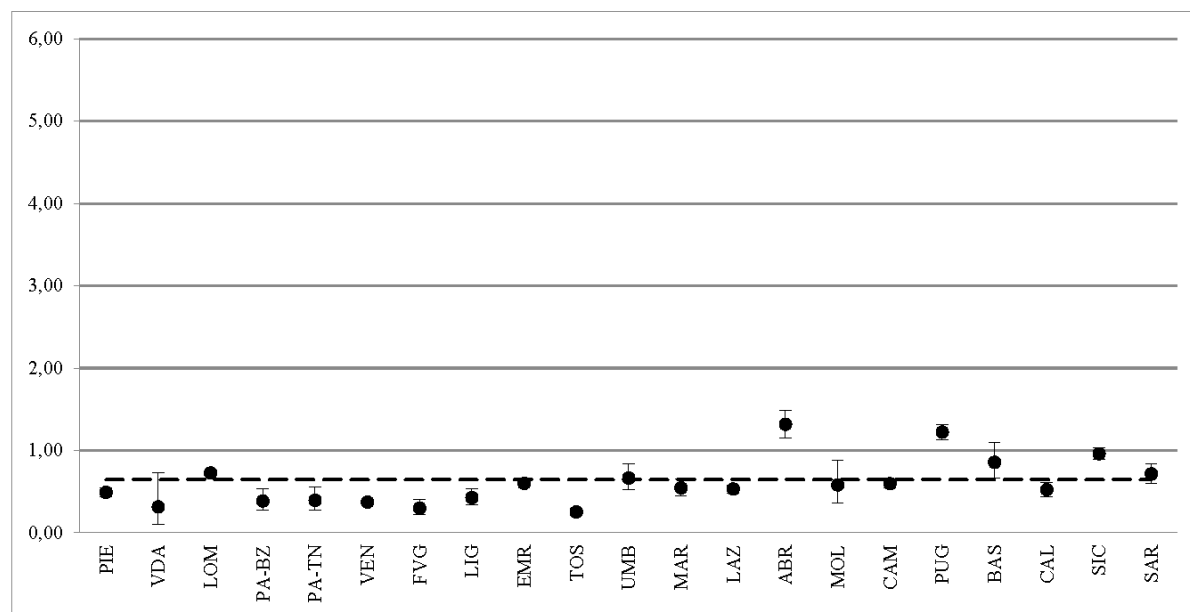
Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati per età a livello regionale.

A parziale conferma di quanto osservato nel 2019, le regioni del Mezzogiorno presentano performance peggiori (Abruzzo, Puglia, Basilicata e Sicilia) o in linea con il dato nazionale (Molise, Campania e Sardegna) ad eccezione della Calabria, mentre la maggior parte delle regioni del Nord e del Centro mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al valore nazionale (Piemonte, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana e Lazio). Le restanti regioni, ad eccezione della Lombardia, presentano valori in linea con il dato nazionale.

Tabella 1 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da gastroenterite per regione - Anno 2020

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	1,85	0,98	0,29	0,28	0,08	0,44
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,48	0,55	0,00	0,21	0,00	0,26
Lombardia	3,71	1,36	0,41	0,30	0,17	0,66
Bolzano-Bozen	2,12	0,60	0,14	0,17	0,31	0,39
Trento	2,42	0,66	0,22	0,09	0,19	0,37
Veneto	1,60	0,62	0,28	0,20	0,10	0,34
Friuli Venezia Giulia	1,07	0,54	0,20	0,21	0,05	0,27
Liguria	1,48	0,85	0,30	0,22	0,08	0,38
Emilia-Romagna	2,99	1,11	0,35	0,27	0,13	0,55
Toscana	1,05	0,44	0,17	0,14	0,07	0,23
Umbria	3,33	1,14	0,47	0,22	0,24	0,60
Marche	1,99	1,06	0,49	0,22	0,04	0,49
Lazio	2,23	1,13	0,35	0,17	0,10	0,48
Abruzzo	4,20	2,95	0,89	0,56	0,18	1,20
Molise	1,11	1,62	0,26	0,20	0,21	0,54
Campania	2,69	1,31	0,35	0,17	0,08	0,54
Puglia	3,39	2,77	0,79	0,59	0,25	1,10
Basilicata	2,52	1,49	0,70	0,50	0,32	0,80
Calabria	1,41	1,13	0,39	0,25	0,12	0,49
Sicilia	2,85	2,06	0,80	0,39	0,10	0,89
Sardegna	1,41	1,52	0,47	0,48	0,22	0,64
Italia	2,55	1,31	0,42	0,28	0,13	0,59

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2021.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da gastroenterite per regione - Anno 2020

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2020, il tasso nazionale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per gastroenterite in età pediatrica è risultato pari a 0,59 ogni 1.000 abitanti. La drastica flessione rispetto al 2019 (1,64 per 1.000, -64,02%) è certamente legata alla pandemia di Corona Virus Disease-19 (COVID-19) che ha com-

portato innumerevoli cambiamenti nella gestione della sanità, nell'economia, negli stili di vita e nelle abitudini delle persone.

La contrazione degli accessi alle prestazioni ospedaliere da parte dei cittadini può essere vista come il risultato di effetti diretti e indiretti della pandemia, quali le indicazioni di limitare gli accessi al Pronto

Soccorso, l'applicazione di periodi di *lockdown* e il timore di contagio.

L'osservazione di un decremento degli accessi impropri in Ospedale può essere accolta positivamente, poiché testimonia l'implementazione di attività e servizi mirati di assistenza territoriale e la riduzione della pressione sui posti letto e sul personale ospedaliero, favorendo una maggiore attenzione alla cura dei pazienti affetti da COVID-19. Tuttavia, il mero computo dei tassi di ospedalizzazione non consente di quantificare l'efficacia e l'appropriatezza delle attività territoriali messe in campo per la presa in carico del paziente con gastroenterite in età pediatrica in quanto potrebbe celare un mancato accesso a qualunque tipo di prestazione sanitaria, specialmente nelle prime fasi della pandemia. Per capire se vi sia stata una effettiva riduzione degli accessi impropri nel 2020 bisognerà attendere i dati del 2021 al fine di condurre una analisi del trend dei tassi di ospedalizzazione a livello nazionale e regionale.

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.

Indice sintetico di ospedalizzazione potenzialmente evitabile

Significato. Negli ultimi anni, il tema delle ospedalizzazioni evitabili ha assunto in Italia un ruolo di primaria importanza nella valutazione indiretta dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare, il monitoraggio di quelle condizioni patologiche che l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) definisce come "Ambulatory Care Sensitive Conditions" (1) ha permesso di evidenziare una serie di casistiche sanitarie per le quali un'adeguata gestione garantita a livello di cure ambulatoriali si rivela potenzialmente in grado di prevenire il ricovero ospedaliero. Esempi di trattazione di questa tematica possono ritrovarsi nei numerosi Approfondimenti che il Rapporto

Osservasalute ha pubblicato in questi anni, nonché nell'attività di analisi svolta in seno al Programma Nazionale Esiti (PNE) che nell'Edizione 2021 ha dedicato ampio risalto alla valutazione "indiretta" dell'assistenza territoriale (2).

A partire da quest'ultima esperienza, viene proposta in questa sede la realizzazione e l'analisi di un "Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile", calcolato come combinazione di diversi tassi di ospedalizzazione monitorati dal PNE per area territoriale, al fine di far emergere la variabilità nella gestione locale delle patologie oggetto di studio, sulla base delle conclusioni già emerse a tale riguardo in precedenti studi (3).

Indice sintetico di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per area territoriale

$$IS^x = (\sum_i TA_i^x P_i) / 100$$

Significato delle variabili: x = area territoriale di valutazione (Azienda Sanitaria Locale/provincia);

i = indicatore (vedi Tabella 1);

TA_i^x = tasso aggiustato standardizzato (z -score) dell'indicatore i per l'area territoriale x ;

P_i = peso percentuale dell'indicatore i (vedi Tabella 1).

Validità e limiti. La fonte dei dati è rappresentata dalle Schede di Dimissione Ospedaliera relative ai pazienti ricoverati presso strutture pubbliche e private accreditate negli anni 2017-2020.

La metodologia di aggregazione delle differenti misure di ospedalizzazione per gli ambiti nosologici considerati è stata mutuata da quella attualmente in uso per la costruzione dei *Treemap* del PNE, la quale prevede l'attribuzione di pesi specifici agli indicatori prescelti, nonché la riclassificazione degli indici così ottenuti secondo criteri di concordanza tra gruppi omogenei (4).

In particolare, per il calcolo degli indicatori di ospedalizzazione evitabile sono stati accorpati i dati del triennio 2017-2019 (periodo pre-pandemico), con il duplice intento di stabilizzare le misure su un arco temporale più lungo ed evitare problemi interpretativi derivanti dalla riduzione dei ricoveri per l'anno 2020 dovuta al *Corona Virus Disease-19* (COVID-19).

Il livello di dettaglio territoriale del calcolo ha seguito la nuova classificazione delle aree territoriali del PNE che, a partire dall'Edizione 2021, considera le Aziende Sanitarie Locali (ASL) come principale unità di aggregazione per la maggior parte delle regioni; fanno eccezione Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Molise e Sardegna, in cui le Aziende sanitarie territoriali incorporano più province o addirittura coincidono con l'intero territorio regionale; in tal caso, si è scelto di mantenere la provincia come unità di analisi.

Sono stati, quindi, calcolati gli indicatori di ospedalizzazione evitabile per il triennio 2017-2019 e separatamente per il 2020, sotto forma di tassi aggiustati per

età e genere e specifici per area territoriale, secondo le metodologie e i protocolli utilizzati per il PNE (5).

La selezione degli indicatori e l'attribuzione dei relativi pesi per la costruzione dell'Indice sintetico ha tenuto conto di caratteristiche, quali l'uniformità delle patologie oggetto di studio e la possibilità di sovrapposizioni nei criteri di selezione per differenti indicatori. Sulla base di queste considerazioni, gli indicatori sono stati suddivisi in cinque ambiti nosologici, a ciascuno dei quali è stato attribuito un peso del 20% sul totale complessivo dell'indice. In questo modo, si è riconosciuto a ciascun ambito un peso equivalente, indipendentemente dall'ampiezza della casistica e, dunque, dall'ordine di grandezza delle misure di ospedalizzazione (che avrebbe penalizzato gli ambiti a più bassa numerosità, ma non meno rilevanti per la Sanità Pubblica, come quello della salute mentale). Laddove un ambito abbia previsto più indicatori, il peso è stato ulteriormente frazionato sulla base del numero di ricoveri di ciascun indicatore (Tabella 1).

Si sottolinea, peraltro, come tale sistema di attribuzione dei pesi sia frutto di scelte metodologiche, a riguardo delle quali sarà opportuno effettuare ulteriori approfondimenti e verifiche. Al fine di procedere al calcolo dell'indice, i punteggi degli indicatori sono stati standardizzati mediante il calcolo degli z -score (in riferimento alla media e alla deviazione standard della distribuzione di ciascun indicatore per area territoriale). Successivamente, si è provveduto a calcolare l'Indice sintetico come media dei punteggi standardizzati dei nove indicatori, ponderata per i rispettivi pesi.

Tabella 1 - Ambiti nosologici e indicatori di ospedalizzazione considerati per la costruzione dell'Indice sintetico

Ambito nosologico	Tassi di ospedalizzazione (per 1.000)	Pesi per il calcolo dell'Indice sintetico (%)
Malattie infettive	Influenza (età 65 anni ed oltre)	1
	Infezioni del tratto urinario	19
Malattie dell'apparato respiratorio	Asma negli adulti (età 18 anni ed oltre)	1
	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva	19
Diabete	Diabete non controllato senza complicanze	4
	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	16
Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	Scompenso cardiaco	19
	Iipertensione arteriosa	1
Salute mentale	Trattamento Sanitario Obbligatorio	20

Valore di riferimento/Benchmark. In accordo con la metodologia di calcolo del *Treemap* utilizzata per le sintesi degli indicatori del PNE, i punteggi degli indici di sintesi delle differenti aree territoriali sono stati categorizzati mediante l'utilizzo dei *natural breaks*, tecnica di classificazione non supervisionata che prevede l'accorpamento dei punteggi in *cluster* aventi massima omogeneità interna e massima eterogeneità se confrontati l'uno con l'altro (6). Attraverso l'iterazione di modelli proponenti differenti numeri di *cluster*, si è osservato un risultato ottimale in presenza di una suddivisione in cinque categorie, associate a differenti livelli di ospedalizzazione (basso, medio-basso, medio, medio-alto, alto).

Descrizione dei risultati

La riclassificazione dei tassi di ospedalizzazione in forma di Indice sintetico ha condotto alla rappresentazione grafica illustrata nei cartogrammi presentati di seguito, nei quali è possibile visualizzare le 119 aree territoriali classificate secondo i cinque *cluster* di riferimento, rispettivamente per il triennio 2017-2019 e per il 2020. Inoltre, al fine di offrire una visione d'insieme dei risultati, gli indicatori del triennio 2017-2019 sono stati calcolati anche su base regionale, con i relativi valori mostrati in dettaglio nella Tabella 2.

In particolare, l'Indice sintetico di ospedalizzazione per il periodo pre-pandemico (Cartogramma 1) ha fatto registrare i punteggi più bassi in metà delle aree del Piemonte, nelle ASL di Rieti e Imperiese e nelle Province di Fermo, Massa-Carrara e Lucca, per un totale di 11 aree. Le suddette aree territoriali mantengono punteggi inferiori alla media nazionale per la quasi totalità degli indicatori di ospedalizzazione che compongono l'Indice sintetico, senza evidenti differenze tra i vari anni.

Buona parte delle restanti aree del Piemonte e della Toscana si posiziona nel *cluster* con punteggio sintetico di ospedalizzazione "medio-basso", che vede un totale di 29 aree territoriali distribuite in diverse regioni. I tassi di ospedalizzazione si mantengono al di sotto della media nazionale per la maggior parte degli indicatori che compongono l'Indice sintetico,

con poche eccezioni costituite dagli indicatori dell'apparato cardiocircolatorio in Calabria e Lazio, e da quelli di diabete e salute mentale per le aree territoriali del Piemonte e della Sardegna, per le quali lo scostamento dalla media nazionale è comunque contenuto. Tali risultati tendono a mantenersi costanti per la durata del triennio.

Il *cluster* con punteggi "medi" di ospedalizzazione evitabile è il più numeroso: in esso sono presenti 36 aree territoriali variamente distribuite in molte regioni. I tassi di ospedalizzazione si mantengono globalmente in linea con la media nazionale, al netto di alcune realtà che presentano andamenti dissimili tra differenti indicatori. Si evidenzia, ad esempio, il caso delle aree della Lombardia, che fanno registrare punteggi inferiori alla media nazionale per gli indicatori di area cardiocircolatoria e salute mentale, ma superiori alla media nazionale per gli indicatori di area infettiva, senza evidenti scostamenti nella tendenza dei 3 anni. Similmente, le aree della Campania presentano tassi di ospedalizzazione inferiori alla media nazionale per gli indicatori di area infettiva e salute mentale, ma superiori alla media nazionale per gli indicatori di area respiratoria. Allo stesso modo, le province della Sardegna presentano tassi di ospedalizzazione inferiori alla media nazionale per tutti gli indicatori di area infettiva, e superiori alla media nazionale per l'indicatore relativo alla salute mentale.

I punteggi "medio-alti" di ospedalizzazione evitabile si associano a 29 aree territoriali, alle quali corrispondono tassi di ospedalizzazione perlopiù in linea o superiori alla media nazionale, principalmente in riferimento agli indicatori ai quali è attribuito un peso maggiore nella generazione dell'Indice sintetico. La maggior parte delle aree di questo *cluster* supera la media nazionale nelle ospedalizzazioni per infezioni del tratto urinario, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, complicanze a breve e lungo termine del diabete e scompenso cardiaco, mentre si mantiene in linea con la media nazionale per gli altri indicatori. Il risultato si mantiene tendenzialmente costante per la durata del triennio.

Infine, i livelli più elevati di ospedalizzazione per il

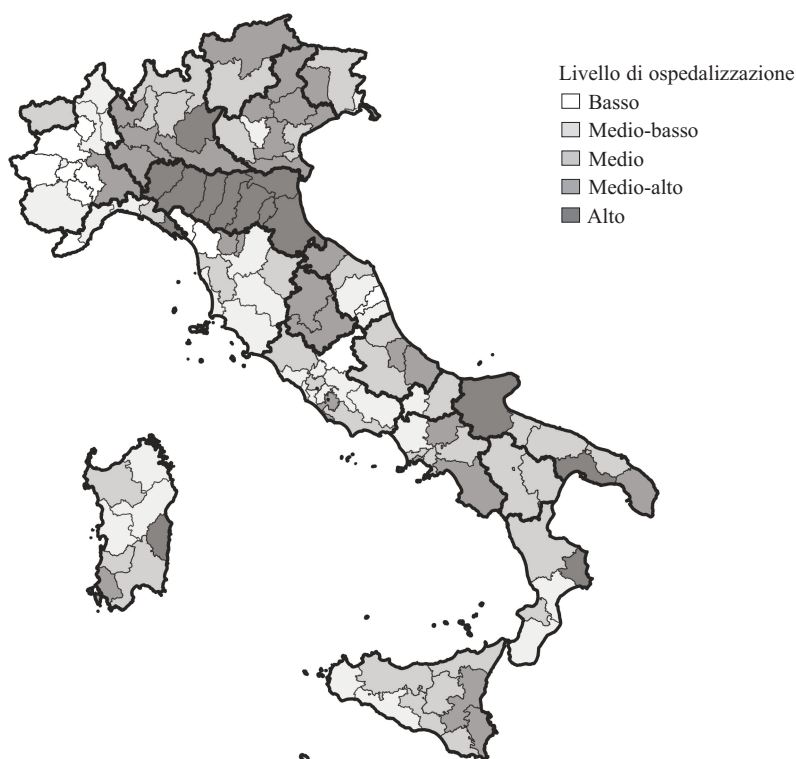
periodo 2017-2019 (classe “alta”) si rilevano nell’Agenzia di Tutela della Salute di Brescia, nelle ASL di Spezzino, Foggia, Taranto e Crotone, nella provincia di Ogliastro e nelle Unità Sanitarie Locali dell’Emilia-Romagna, per un totale di 14 aree. Tali aree presentano tassi di ospedalizzazione superiori alla media nazionale per la maggior parte degli indicatori che compongono l’Indice sintetico. In Emilia-Romagna, ad esempio, si registrano tassi di ospedalizzazione superiori alla media nazionale per l’area infettiva, BPCO, diabete, scompenso cardiaco e Trattamento Sanitario Obbligatorio, mentre la regione presenta tassi di ospedalizzazione in linea con la media nazionale solo per gli indicatori di asma e ipertensione arteriosa (Tabella 2). Il confronto con il 2020 evidenzia una generale

riduzione nell’Indice sintetico di ospedalizzazione (Cartogramma 2), che vede le classi di punteggi “medio-alti” e “alti” diminuire, rispettivamente, a 21 e 9 aree territoriali.

In particolare, le regioni maggiormente caratterizzate dalla riduzione dell’Indice sintetico di ospedalizzazione sono la Lombardia e la Calabria, ma si osservano diminuzioni anche in gran parte delle altre regioni del Meridione (Sicilia, Puglia, Sardegna e Molise), in Veneto ed in Emilia-Romagna.

Contestualmente, sebbene in misura minore, si osservano anche passaggi a classi più elevate per alcune aree di Abruzzo e Toscana, dovuti principalmente alla contestuale riduzione dei ricoveri negli altri territori durante la pandemia.

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali. Anni 2017-2019



ASSISTENZA TERRITORIALE

491

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali. Anno 2020

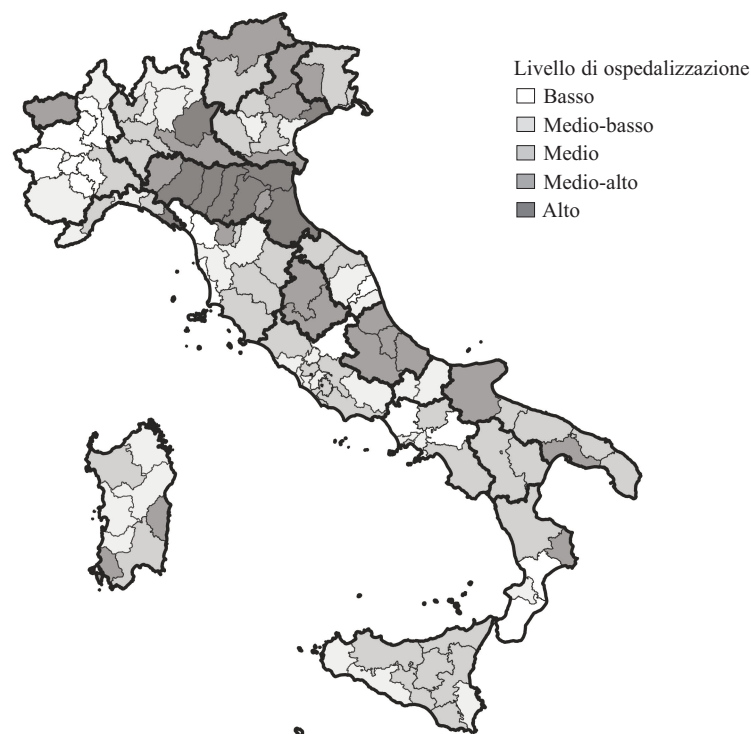


Tabella 2 - Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anni 2017-2019

Regioni	Influenza (anni 65+)	Infezioni del tratto urinario	Asma negli adulti	BPCO	Diabete non controllato senza complicanze	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	Ipertensione arteriosa	Scompenso cardiaco	TSO
Piemonte	0,08	0,51	0,04	1,46	0,04	0,25	0,08	2,37	0,11
Valle d'Aosta	0,08	0,73	0,04	2,25	0,02	0,11	0,12	3,30	0,17
Lombardia	0,13	0,96	0,13	1,80	0,13	0,49	0,13	3,38	0,10
Bolzano-Bozen	0,72	1,55	0,09	1,81	0,32	0,41	0,28	4,01	0,04
Trento	0,11	0,63	0,04	1,39	0,13	0,47	0,14	3,35	0,13
Veneto	0,18	0,81	0,08	1,38	0,15	0,51	0,13	3,90	0,07
Friuli Venezia Giulia	0,21	1,06	0,06	1,90	0,11	0,31	0,21	3,91	0,04
Liguria	0,08	0,61	0,07	1,70	0,08	0,26	0,14	2,64	0,13
Emilia-Romagna	0,29	1,41	0,07	2,50	0,21	0,48	0,19	3,94	0,19
Toscana	0,08	0,61	0,04	1,87	0,05	0,26	0,08	2,76	0,06
Umbria	0,09	1,01	0,07	1,73	0,14	0,32	0,29	3,74	0,25
Marche	0,04	0,60	0,05	1,48	0,05	0,25	0,12	3,68	0,14
Lazio	0,04	0,45	0,03	1,45	0,09	0,38	0,29	3,48	0,08
Abruzzo	0,07	0,43	0,04	1,91	0,10	0,48	0,23	4,36	0,16
Molise	0,03	0,29	0,04	1,31	0,09	0,35	0,18	4,74	0,07
Campania	0,02	0,35	0,11	2,47	0,09	0,47	0,34	3,58	0,07
Puglia	0,07	0,42	0,06	2,80	0,07	0,45	0,28	3,76	0,17
Basilicata	0,02	0,35	0,04	2,93	0,12	0,25	0,25	3,58	0,04
Calabria	0,04	0,31	0,07	2,01	0,08	0,42	0,33	2,70	0,17
Sicilia	0,04	0,39	0,04	1,58	0,12	0,33	0,17	3,58	0,25
Sardegna	0,18	0,65	0,08	1,69	0,20	0,29	0,19	2,73	0,21
Italia	0,11	0,67	0,07	1,88	0,11	0,40	0,19	3,42	0,12

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Fonte dei dati: Elaborazione PNE-Agenas su dati SDO 2017-2019 (numeratore) e Istat 2017-2019 (denominatore). Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

A fronte dei risultati relativi al periodo 2017-2019 (meno influenzato dalle dinamiche peculiari innescate dalla pandemia), si osserva una tendenza all'eterogeneità dell'Indice sintetico a livello intra-regionale. Situazioni di omogeneità totale o parziale permangono sia in alcune regioni con basso numero di aree territoriali (Basilicata, Umbria e Abruzzo), che in regioni più grandi, con Piemonte, Toscana e Lazio caratterizzate da punteggi medio-bassi, e Campania, Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna associate a punteggi medio-alti.

In presenza di bassi livelli di ospedalizzazione evitabile, si raccomanda il mantenimento del comportamento positivo e il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio delle *performance*, al fine di protrarre nel tempo il risultato ottenuto. Di contro, alti livelli di ospedalizzazione suggerirebbero l'adozione di politiche di miglioramento dell'assistenza territoriale e di contenimento dei ricoveri ospedalieri per le patologie analizzate, nonché una valutazione sulla coerenza e uniformità delle azioni svolte a livello regionale in presenza di eterogeneità intra-regionale. Infine, si segnala l'opportunità di affiancare la lettura "critica"

dell'Indice sintetico di ospedalizzazione ad altri indicatori di bisogno e processo su scala territoriale, al fine di ottenere una valutazione globale e completa della problematica in esame.

Riferimenti bibliografici

- (1) Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ahrq.gov) October 2001. AHRQ Pub. No. 02-R0203.
- (2) Report PNE 2021. Sezione "L'Assistenza Territoriale: una valutazione indiretta". Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/main/doc/Report_PNE_2021.pdf.
- (3) Manzoli L, Flacco ME, De Vito C, et al. AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy. *European Journal of Public Health* 2013; 24 (5): 745-50.
- (4) Programma Nazionale Esiti. Documento "Treemap: definizioni e metodi". Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/sintesi/sintesi_vis/croc/Treemap_meto di_2021.pdf.
- (5) Programma Nazionale Esiti. Documento Metodi statistici. Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/main/doc/metodi_statistici_PNE2021.pdf.
- (6) Jenks GF. The Data Model Concept in Statistical Mapping. *International Yearbook of Cartography* 1967; 7: 186-190.

Prime visite e visite di controllo

Significato. L'assistenza specialistica ambulatoriale è un'attività ricompresa nel livello essenziale di assistenza distrettuale (1). Nel contesto di questa attività, le visite specialistiche ambulatoriali costituiscono una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e possono essere distinte in prime visite, prevalentemente prescritte dal Medico di Medicina Generale (MMG)/Pediatra di Libera Scelta (PLS) e finalizzate a rispondere ad un quesito diagnostico, e in visite di controllo, prevalentemente prescritte dal medico specialista agli assistiti già conosciuti che hanno la necessità di essere seguiti nel tempo.

Un'adeguata erogazione di prime visite risulta, quindi, necessaria per assicurare l'intercettazione del bisogno di cura, mentre un'adeguata erogazione di visite di controllo risulta necessaria per assicurare la continuità delle cure. La lettura combinata dei tassi di erogazione di queste prestazioni permette, quindi, di

valutare simultaneamente la capacità di intercettare il bisogno e di garantire la continuità delle cure.

Naturalmente, questi indicatori vanno considerati contestualmente a misure di bisogno (ad esempio, prevalenza delle condizioni croniche), di esito (ad esempio, tassi di ricoveri evitabili) e di costo.

Per ogni regione è stato calcolato il tasso standardizzato per età (con metodo diretto) di prime visite per 100 abitanti e di visite di controllo per 100 abitanti sulla base dei dati riportati nel flusso informativo della specialistica ambulatoriale (art. 50 del Decreto Legge n. 269 del 30 settembre 2003) e della popolazione residente a inizio anno secondo l'Istituto Nazionale di Statistica, per il 2019 e il 2020 (2).

Come popolazione standard è stata utilizzata la popolazione italiana residente al 1° gennaio dell'anno. Le due misure sono state poi visualizzate con un grafico *scatter plot*.

Tasso standardizzato di prime visite

Numeratore	Prime visite erogate all'interno della regione a cittadini residenti in regione durante l'anno
Denominatore	Popolazione residente al 1° gennaio dell'anno

x 100

Tasso standardizzato di visite di controllo

Numeratore	Visite di controllo erogate all'interno della regione a cittadini residenti in regione durante l'anno
Denominatore	Popolazione residente al 1° gennaio dell'anno

x 100

Validità e limiti. Il flusso della specialistica ambulatoriale è disciplinato dall'art. 50 del Decreto Legge n. 269 del 30 settembre 2003, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326 del 24 novembre 2003, e rileva i dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate sulla base delle prescrizioni mediche a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Le informazioni vengono trasmesse, su base individuale, con cadenza mensile dalle strutture sanitarie al Ministero dell'Economia e delle Finanze (Sistema Tessera Sanitaria) che poi le mette a disposizione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute.

Al fine di individuare la composizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stata utilizzata la Classificazione FaRe (3).

Tale Classificazione, dall'acronimo delle due Autrici (Fadda A. e Repetto F.), proposta dalla regione Emilia-Romagna, attribuisce ad ogni prestazione uno specifico raggruppamento superando, pertanto, la distinzione in branche, individuando cinque tipologie di prestazioni: Visite, Diagnostica, Laboratorio, Terapeutiche, Riabilitazione.

Descrizione dei risultati

Nel corso del 2019, sono state erogate circa 26 milioni e 600 mila prime visite, circa due terzi delle quali prescritte da un MMG. Nel corso del 2020, le prime visite sono diminuite di circa un terzo, ammontando a circa 17 milioni e 700 mila, con una leggera flessione anche della percentuale di visite prescritte da un MMG (Tabella 1).

Nel corso del 2019, sono state erogate circa 32 milioni e 700 mila visite di controllo, quasi la metà delle quali prescritte da un medico specialista. Nel corso del 2020, anche le visite di controllo sono diminuite di circa un terzo, ammontando a circa 22 milioni e 500 mila, con un leggero aumento della percentuale di visite prescritte da un MMG (Tabella 2).

Nel corso del 2019, in Italia, sono state erogate 44,20 prime visite per 100 abitanti (standardizzando per età, da 31,48 per 100 in Veneto a 61,82 per 100 in Piemonte) e 54,23 visite di controllo per 100 abitanti (standardizzando per età, da 37,42 per 100 in Sicilia a 86,09 per 100 nella PA di Bolzano). Nel corso del 2020, sono state erogate 29,72 prime visite per 100 abitanti (standardizzando per età, da 18,80 per

100 nelle Marche a 44,44 per 100 in Piemonte), e 37,81 visite di controllo per 100 abitanti (standardizzando per età, da 24,31 per 100 in Campania a 51,85 per 100 nella PA di Bolzano) (Tabella 3).

Per quanto riguarda le prime visite, nel 2019, oltre al Veneto, hanno avuto tassi particolarmente bassi Campania, Molise, Puglia e Sicilia e, oltre al Piemonte, hanno avuto tassi particolarmente alti Emilia-Romagna, Valle d'Aosta e PA di Bolzano (Cartogramma 1). Nel 2020, oltre alle Marche, hanno tassi particolarmente bassi Campania, Veneto, Valle d'Aosta e Liguria e, oltre al Piemonte, hanno tassi relativamente alti Emilia-Romagna, Toscana e Abruzzo (Cartogramma 2).

Per quanto riguarda le visite di controllo, nel 2019, oltre alla Sicilia, hanno avuto tassi particolarmente bassi Friuli Venezia Giulia, Campania, Molise e Calabria e, oltre alla PA di Bolzano, hanno tassi particolarmente alti Lombardia, Piemonte ed Emilia-Romagna (Cartogramma 3). La situazione rimane invariata nel 2020 per quanto riguarda i valori più alti,

mentre tra le regioni con i valori più bassi nel 2020 troviamo Campania, Marche, Molise, Basilicata e Calabria (Cartogramma 4).

Valutando contemporaneamente i tassi standardizzati per età di prime visite e di visite di controllo, le regioni e le PA possono essere suddivise in quattro quadranti a seconda che si trovino sotto o sopra i rispettivi valori mediani. Nel 2019, le regioni meridionali (ad eccezione di Basilicata, Abruzzo e Sardegna) tendono a disporsi nel quadrante contraddistinto da bassi tassi sia di prime visite che di visite di controllo, mentre le regioni del Nord (ad eccezione di PA di Trento, Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia) tendono a disporsi nel quadrante contraddistinto da alti tassi sia di prime visite che di visite di controllo (Grafico 1).

Nel 2020, diversi livelli di resilienza apportano alcune modifiche alla disposizione delle regioni e delle PA con alcune regioni del Nord (Valle d'Aosta e Liguria) che si collocano nel quadrante con bassi tassi sia di prime visite che di visite di controllo (Grafico 2).

Tabella 1 - Prime visite (valori assoluti e valori per 100) erogate nell'anno per prescrittore - Anni 2019-2020

Prescrittore	2019		2020	
	N	%	N	%
Medico di Medicina Generale	17.507.126	65,6	11.012.814	62,1
Ospedaliero	3.576.887	13,4	2.699.131	15,2
Non indicato	2.514.752	9,4	2.039.754	11,5
Pediatra di Libera Scelta	1.182.788	4,4	674.986	3,8
Specialista ambulatoriale (ex Sindacato Unico Medici Ambulatoriali Italiani)	562.759	2,1	337.076	1,9
Medico di Azienda Ospedaliero-Universitaria	447.658	1,7	316.820	1,8
Specialista di struttura privata accreditata	342.407	1,3	256.260	1,4
Altra specializzazione	227.001	0,9	175.442	1,0
Dipendente dei servizi territoriali Azienda Unità Sanitaria Locale	175.521	0,7	118.267	0,7
Guardia Medica	94.890	0,4	68.187	0,4
Altro	45.700	0,2	25.949	0,1
Totale	26.677.489	100,0	17.724.686	100,0

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2021.

Tabella 2 - Visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate nell'anno per prescrittore - Anni 2019-2020

Prescrittore	2019		2020	
	N	%	N	%
Medico di Medicina Generale	11.694.308	35,7	8.437.999	37,4
Ospedaliero	10.827.637	33,1	6.860.016	30,4
Non indicato	2.646.097	8,1	2.036.179	9,0
Pediatra di Libera Scelta	2.204.676	6,7	1.347.912	6,0
Specialista ambulatoriale (ex Sindacato Unico Medici Ambulatoriali Italiani)	2.054.117	6,3	1.568.253	7,0
Medico di Azienda Ospedaliero-Universitaria	1.453.268	4,4	1.036.312	4,6
Specialista di struttura privata accreditata	753.752	2,3	531.589	2,4
Altra specializzazione	526.158	1,6	385.531	1,7
Dipendente dei servizi territoriali Azienda Unità Sanitaria Locale	441.797	1,3	246.595	1,1
Guardia Medica	52.151	0,2	41.799	0,2
Altro	80.830	0,2	56.426	0,3
Totale	32.734.791	100,0	22.548.611	100,0

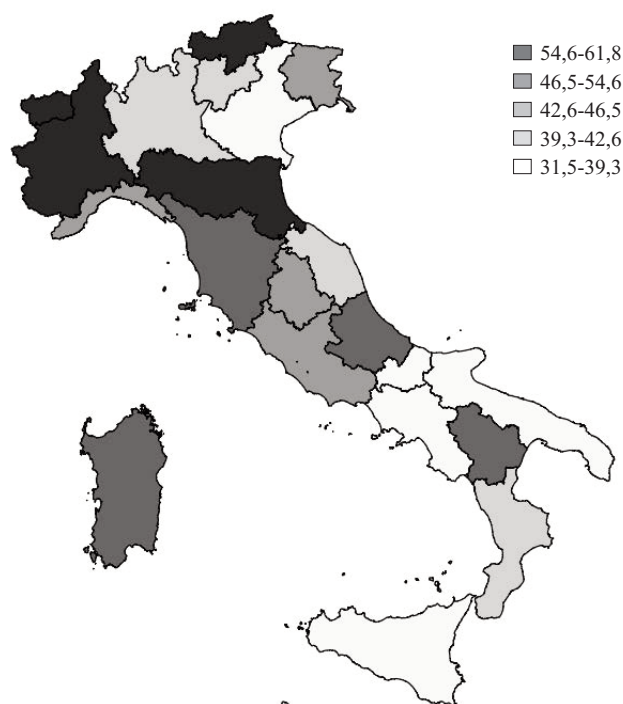
Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2021.

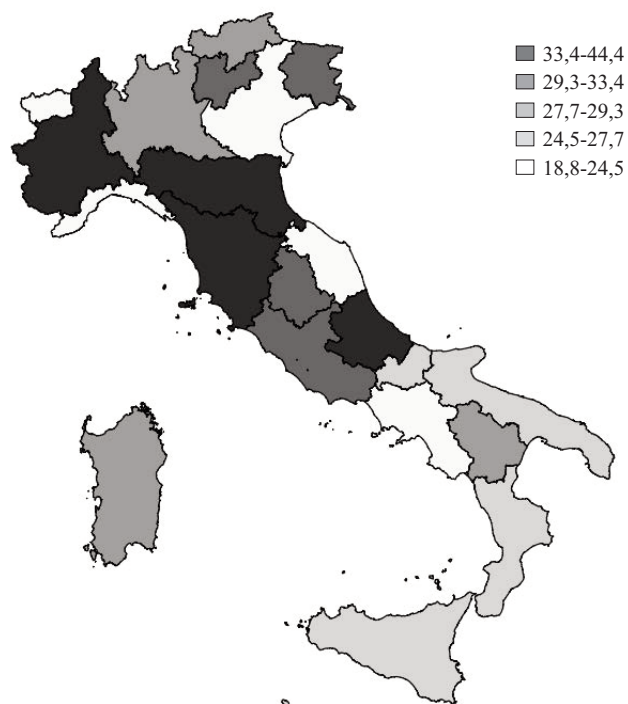
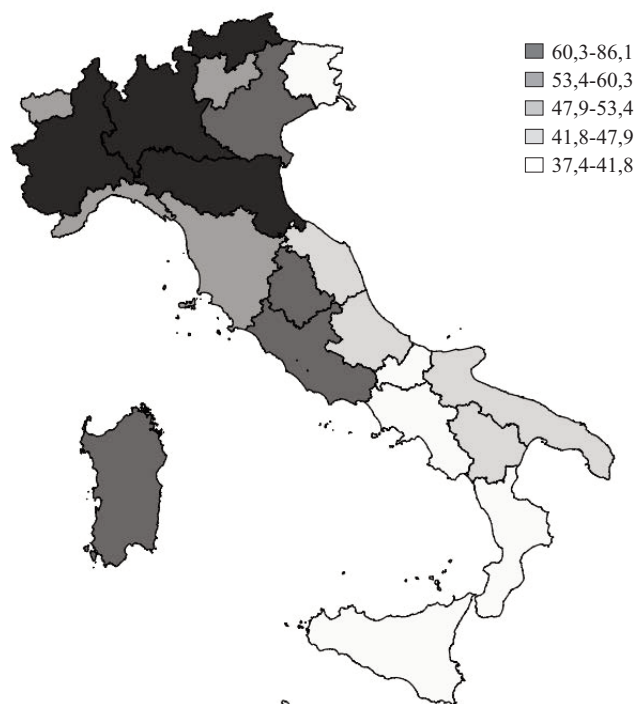
Tabella 3 - Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e tasso standardizzato e specifico per 100) per regione - Anni 2019-2020

Regioni	2019				2020			
	Prime visite		Visite di controllo		Prime visite		Visite di controllo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Piemonte	2.787.307	61,82	3.113.999	68,48	1.979.185	44,44	2.246.057	50,13
Valle d'Aosta	75.365	59,14	68.292	53,37	30.365	23,97	35.549	27,97
Lombardia	4.269.226	42,61	6.881.925	68,82	2.803.107	28,08	4.441.362	44,57
Bolzano-Bozen	290.306	56,66	426.323	86,09	147.474	28,49	258.846	51,85
Trento	224.609	42,03	263.103	49,45	164.632	30,60	212.271	39,62
Veneto	1.548.608	31,48	2.843.835	57,72	963.764	19,70	1.976.891	40,35
Friuli Venezia Giulia	578.793	45,53	489.582	37,56	418.520	33,35	370.239	28,68
Liguria	775.019	46,51	883.480	51,58	397.678	24,50	534.449	31,68
Emilia-Romagna	2.765.631	61,25	2.805.760	61,20	1.986.188	44,06	2.131.320	46,66
Toscana	1.984.999	51,87	1.993.909	51,32	1.505.856	39,90	1.630.617	42,59
Umbria	419.513	45,87	529.772	56,52	270.833	30,03	395.307	42,78
Marche	652.222	41,45	704.576	44,28	293.859	18,80	400.374	25,34
Lazio	2.603.216	44,90	3.212.795	55,77	1.845.813	32,44	2.187.619	38,67
Abruzzo	646.452	48,36	642.830	47,95	457.565	34,67	459.978	34,73
Molise	109.508	34,49	126.066	39,87	82.176	26,31	82.727	26,52
Campania	1.692.674	31,94	2.062.045	39,51	1.004.667	19,26	1.252.596	24,31
Puglia	1.433.469	36,29	1.833.128	46,75	970.786	25,00	1.404.918	36,46
Basilicata	309.344	54,59	257.454	45,65	163.086	29,26	147.360	26,50
Calabria	784.171	41,50	785.601	41,82	461.867	25,05	491.460	26,82
Sicilia	1.903.220	39,32	1.794.389	37,42	1.311.076	27,73	1.256.902	26,83
Sardegna	823.837	49,15	1.015.927	60,27	466.189	28,15	631.769	37,98
Italia	26.677.489	44,20	32.734.791	54,23	17.724.686	29,72	22.548.611	37,81

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2021.

Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite. Anno 2019

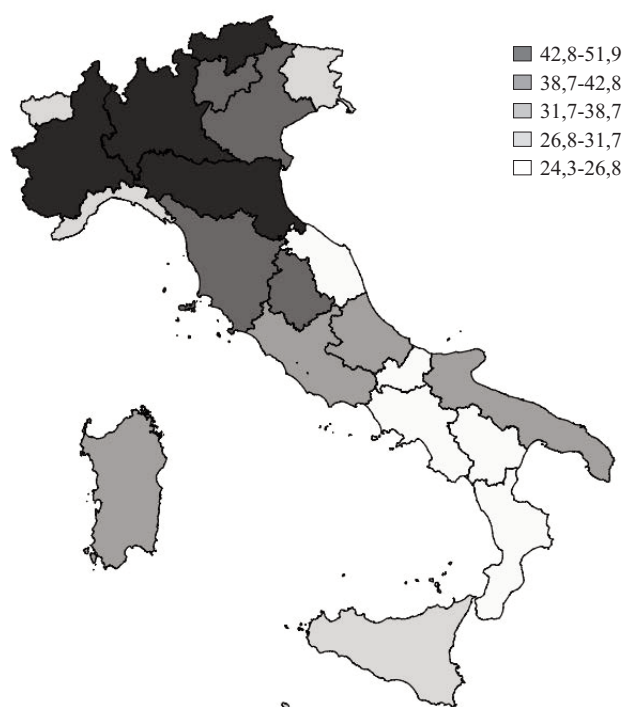
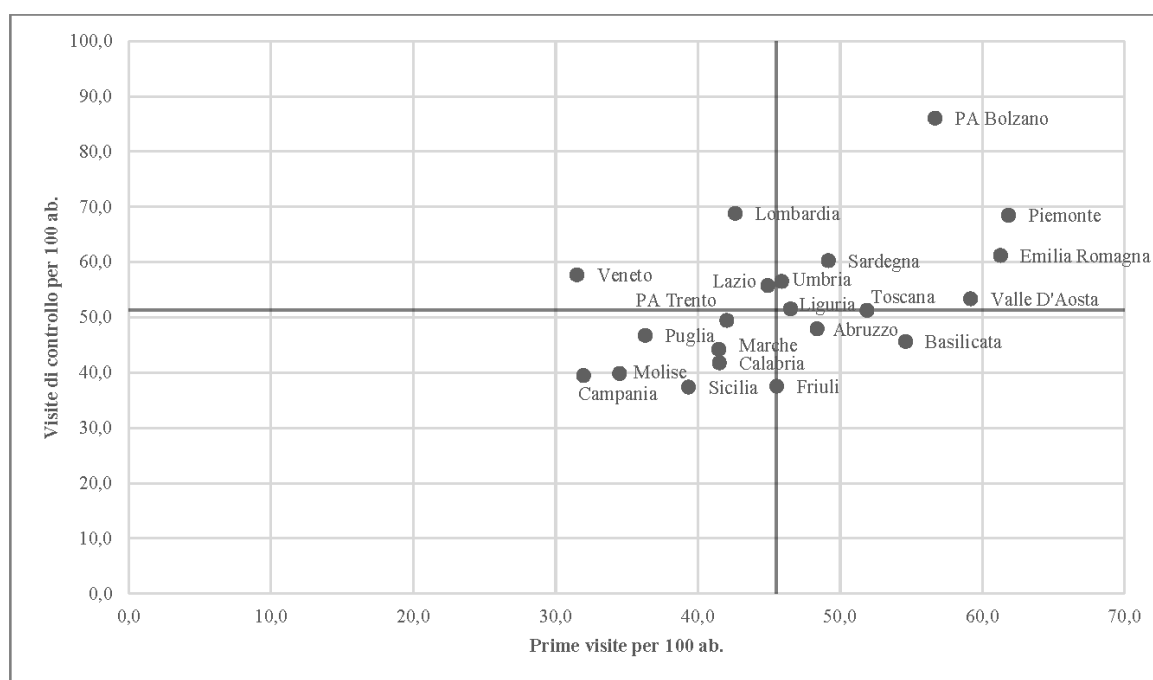


Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite. Anno 2020**Tasso (standardizzato e specifico per 100) di visite di controllo. Anno 2019**

ASSISTENZA TERRITORIALE

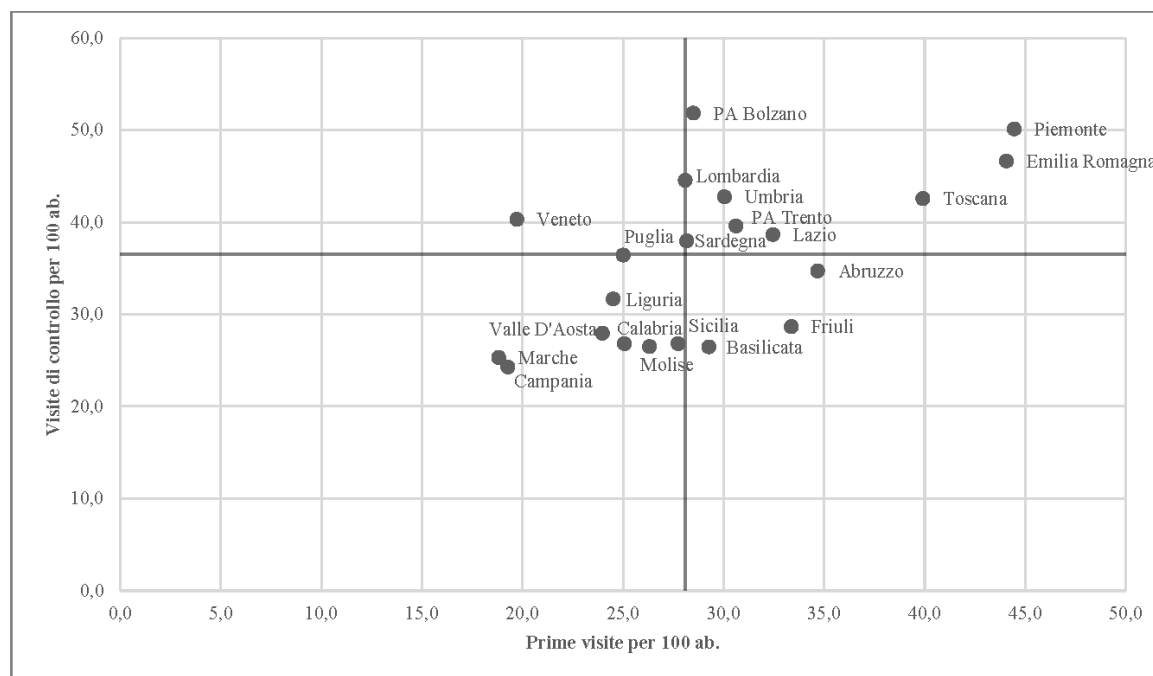
497

Tasso (standardizzato e specifico per 100) di visite di controllo. Anno 2020

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite e visite di controllo per regione - Anno 2019

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2021.

Grafico 2 - - Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite e visite di controllo per regione - Anno 2020



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le visite specialistiche si collocano nell'attività clinica dell'assistenza specialistica ambulatoriale, afferente alla macroarea dell'assistenza distrettuale.

Il tasso standardizzato per età di prime visite e visite di controllo, introdotto per la prima volta nella corrente Edizione del Rapporto Osservasalute, rappresenta un utile indicatore di processo per misurare la capacità dell'assistenza territoriale di intercettare il bisogno di salute, attraverso la richiesta di prime visite, e garantire la continuità delle cure, attraverso la richiesta di visite di controllo.

L'analisi dei dati del 2019 mostra una notevole disomogeneità interregionale, con un gradiente Nord-Sud ed Isole a sfavore delle regioni meridionali. Senza entrare nel merito della descrizione dei risultati, riportata nelle apposite sezioni, si pone una riflessione d'obbligo per quanto riguarda i dati del 2020 che, confrontati con quelli del 2019, mostrano una diminuzione media delle visite ambulatoriali di circa un terzo a livello nazionale. Un dato preventivabile, a causa dell'emergenza da *Corona Virus Disease-19* (COVID-19) che ha indotto una importante contrazione dell'attività programmata ambulatoriale, ma importante per regioni e PA per re-indirizzare programmi e azioni, volti al recupero delle prestazioni sanitarie non erogate e al contenimento delle liste di attesa.

In una lettura congiunta e integrata con altre misure

atte a valutare il bisogno di salute della popolazione (ad esempio, la prevalenza di patologie croniche), le ospedalizzazioni evitabili, gli accessi in Pronto Soccorso potenzialmente impropri etc., questo indicatore rappresenta un'opportunità per restituire un quadro di sintesi completo delle *performance* dell'assistenza territoriale nella presa in carico. Costituisce, pertanto, uno strumento aggiuntivo di valore a disposizione dei *policy maker* per analisi di settore finalizzate ad attuare politiche di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa per l'erogazione di specifiche prestazioni e una programmazione sanitaria coerente con la domanda di salute.

Per quanto finora esplicitato, si consiglia l'utilizzo di tale indicatore anche per un confronto e monitoraggio intraregionale, sia a livello aziendale che distrettuale, al fine di far emergere eventuali difformità, in termini di disuguaglianze sanitarie tra le aree geo-politiche considerate. Ciò anche in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità e nell'ottica di una corresponsabilizzazione nella presa in carico complessiva a livello territoriale del bisogno di salute.

In linea con la finalità di perseguire un continuo miglioramento della qualità, si raccomanda, infine, l'opportunità per i tavoli tecnici di considerare il tasso standardizzato per età di prime visite e visite di controllo nella discussione per l'implementazione degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, per il monitoraggio e la verifica dei LEA.

**Riferimenti bibliografici**

(1) Ministero della Salute. LEA: assistenza distrettuale. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4696&area=Lea&menu=distrettuale. Ultimo accesso in data 03 marzo 2022.

(2) Istat. Popolazione residente al 1° gennaio. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18460>. Ultimo accesso 03 marzo 2022.

(3) Regione Emilia-Romagna. Nomenclatore tariffario regionale della specialistica. Tipologia delle prestazioni contenute nel Nomenclatore (aggregazioni FA-RE). Disponibile sul sito:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/nomenclatore-tariffario-rer>. Ultimo accesso in data 03 marzo 2022.

Centrale Operativa Distrettuale COVID-19: esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 nel Lazio

Dott. Paolo Parente

La Centrale Operativa Distrettuale (COD) dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma 1 nasce nel mese di aprile 2020 per la gestione territoriale dell'emergenza causata dalla diffusione del virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2* (SARS-CoV-2) e dalla rispettiva malattia, *Corona Virus Disease-19* (COVID-19). Alcune innovazioni organizzative si sono rese necessarie già a partire dalla fine del mese di febbraio 2020, quando è stata attivata la *Task Force* aziendale a supporto del Direttore Generale e del Direttore Sanitario Aziendale nel coordinamento delle azioni rivolte al contrasto del COVID-19.

Il 28 febbraio 2020, in linea con i requisiti regionali, si è proceduto alla creazione di un Gruppo Territoriale per l'Emergenza (GTE) composto da diverse professionalità interne all'ASL, da rappresentanti degli Ospedali pubblici e privati accreditati della Rete di Emergenza-Urgenza che insistono nel territorio dell'ASL e dai referenti dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Una successiva nota regionale ha richiesto la predisposizione di piani territoriali di preparazione e risposta all'emergenza fornendo linee di indirizzo e determinando gli aspetti procedurali relativi all'identificazione e gestione dei casi confermati, dei casi sospetti e dei contatti a diversi livelli, sia nei servizi sanitari ospedalieri che territoriali.

Il 1° aprile 2020, dopo averlo condiviso con il GTE, l'ASL Roma 1 introduce in ogni Distretto una COD per il COVID-19 e la presa in carico. Le COD sono composte da medici, infermieri e assistenti sociali e hanno il compito di supportare *in primis* i MMG e i PLS nella gestione dei casi positivi al SARS-CoV-2 e dei loro contatti, facilitare il rapporto con il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e con altri servizi aziendali e fornire attività di *counselling* proattivo per la gestione dell'isolamento domiciliare e della quarantena.

L'8 aprile, con la Circolare "Potenziamento Cure Primarie Regione Lazio", la Regione Lazio definisce l'attivazione dei Coordinamenti Distrettuali, delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale Regionale (USCAR) e dell'Assistenza Proattiva Infermieristica (API). Sempre nella stessa data, vengono definite, a livello regionale, le procedure di inserimento di cittadini (negativi al SARS-CoV-2) presso strutture alberghiere protette per poter effettuare la quarantena.

Le COD vengono attivate formalmente dal Direttore Generale in data 20 aprile 2020 con Delibera n. 343 in cui vengono formalizzati sei Coordinamenti Distrettuali, uno per ciascun Distretto sanitario, così come richiesto dalla Regione in data 8 aprile.

Sin dalla prima implementazione, le COD hanno utilizzato l'applicativo regionale di telemedicina Lazio ADVICE/Lazio Dr. COVID per il monitoraggio dei casi COVID-19 e dei contatti di caso.

Il 19 ottobre 2020 entra in uso all'interno dell'ASL (SISP e Centrali Distrettuali) un applicativo aziendale per la registrazione, il tracciamento e il monitoraggio dei casi confermati, dei casi sospetti e dei contatti (Sistema Gestione *Online* Comunicazioni Obbligatorie) e per rispondere tempestivamente e in modo organico ed omogeneo all'alimentazione dei sistemi di monitoraggio regionali (Servizio Regionale delle Sorveglianze delle Malattie Infettive e Lazio ADVICE). Iniziano, inoltre, ad essere assunte risorse umane per fronteggiare la seconda ondata sia a livello scolastico che attraverso le funzionalità delle COD.

Con l'Ordinanza Regionale del 5 novembre 2020, la Regione invita a rafforzare la funzione distrettuale nella presa in carico insieme a MMG/PLS dei casi e dei contatti, l'implementazione della telemedicina, la presa in carico differenziata in base al carico assistenziale e, quindi, al *setting* e ordina di sospendere le attività in elezione per tutte le strutture coinvolte nella gestione di pazienti COVID-19.

Attualmente, l'attività delle COD si basa sulla gestione del COVID-19 e su alcune linee di presa in carico quali:

- organizzazione vaccinazioni a domicilio;
- *équipe* scuola;
- stratificazione del rischio della popolazione e definizione interventi;
- raccordo con *backoffice* Punto Unico di Accesso (PUA).

Tabella 1 - Principali linee di attività nel contrasto al COVID-19

1. Gestione casi sospetti e confermati SARS-CoV-2	2. Coordinamento ed erogazione attività vaccinale	3. Equipe scuole
• Gestione casi confermati e sospetti • Sorveglianza attiva per pazienti senza MMG con supporto nell'accesso ai servizi dedicati • Interfaccia con MMG/PLS e SISP • Supporto MMG/PLS per circolari ministeriali • Alimentazione gestionale aziendale • Prescrizione ed esecuzione tamponi antigenici e molecolari a domicilio • Attivazione USCAR, consulti e prestazioni specialistiche • Invio a strutture e nuclei residenziali Covid-19 tramite SISP/COA	• Programmazione e coordinamento attività • Integrazione liste DEP • Interfaccia con MMG/PLS • Coordinamento con USCAR, erogatori e Uber • Raccordo con CAD e Servizio disabili adulti • Organizzazione sedute vaccinali per disabili adulti, caregiver, popolazione pediatrica • Programmazione Open Days	• Filtro e gestione delle segnalazioni di tutti i referenti Covid nelle scuole • Sorveglianza epidemiologica classi di alunni contatti stretti di caso • Interfaccia con referenti scolastici e SISP • Disposizione avvio/fine quarantene e isolamento precauzionale classi

Attori di riferimento

In ciascun Distretto è presente una COD come da Delibera n. 343 del Direttore Generale che rappresenta l'elemento operativo del Coordinamento Distrettuale, fungendo da raccordo tra la Direzione di Distretto, le Posizioni Organizzative Infermieristiche e di Assistenza Sociale, i MMG e i PLS del territorio e i servizi distrettuali.

Gli attori del sistema, quindi, sono:

Interni

- Direttore di Distretto;
- almeno due Medici;
- Posizione Organizzativa Infermieristica;
- Infermieri API;
- Referenti Servizi Distrettuali;
- Referenti SISP;
- Direzione Sanitaria Aziendale;
- Unità di personale amministrativo;
- Referenti Assistenti Sociali;

Esterni

- MMG;
- PLS;
- Municipi (tramite PUA);
- Associazioni di volontariato;
- Erogatori di assistenza domiciliare integrata;
- USCAR.

Fino ad oggi la COD COVID-19 dell'ASL Roma 1 ha permesso, attraverso l'attività sopra descritta, la presa in carico di oltre 3.000 cittadini affetti da COVID-19 non assistiti nella regione Lazio, la loro sorveglianza e monitoraggio; il coordinamento delle attività legate al COVID-19 per oltre 60.000 assistiti risultati nel corso degli ultimi 2 anni positivi al SARS-CoV-2; la gestione di circa 6.000 casi positivi in contesti scolastici; il coordinamento e l'erogazione di oltre 17.000 vaccinazioni anti-COVID-19 a domicilio; l'organizzazione della somministrazione di farmaci monoclonali a domicilio (elaborazione dati al 15 dicembre 2021).

Campagna vaccinale anti SARS-CoV-2 nel Lazio. Il modello integrato dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5

Dott.ssa Uliana Bianchi, Dott.ssa Velia Bruno, Dott.ssa Luigia Carboni, Dott.ssa Loredana Catino, Dott. Gennaro Cerone, Dott. Maurizio Cistaro, Dott.ssa Adalgisa De Arcangelis, Ing. Ferdinando Ferone, Dott. Giampiero Forte, Dott. Filippo Lauria, Dott. Alberto Perra, Dott. Sergio Pintaudi, Dott. Giorgio Giulio Santonocito

Il 29 dicembre 2020 è stata avviata nell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma 5, in attuazione delle direttive ministeriali e regionali, la campagna vaccinale anti *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2* (SARS-CoV-2) promossa dalla Direzione Generale e coordinata dalla Direzione Sanitaria Aziendale.

Il relativo Progetto aziendale, trasmesso agli uffici regionali il 18 dicembre 2020, è stato elaborato tenendo conto delle caratteristiche del vasto territorio di competenza, che si estende per una superficie totale di 1.813,7 km², è caratterizzato dalla presenza di aree interne ed orogeograficamente disagiate, comprende 70 Comuni e conta di 502.146 assistiti (1).

Le Sedi dei punti vaccinali, tutti direttamente gestiti da responsabili aziendali, sono state individuate nel rispetto dei principi di equità e accessibilità e sono riportate di seguito:

- Distretto di Monterotondo: Presidio Ospedaliero di Monterotondo; Presidio Distrettuale di Mentana;
- Distretto di Guidonia: Casa della Salute di Palombara Sabina; Residenza Sanitaria Assistenziale *Italian Hospital Group* di Guidonia;
- Distretto di Tivoli: Presidio Ospedaliero di Tivoli; Stabilimento Termale "Acque Albule"; Centro multimediale comunale "Scuderie Estensi";
- Distretto di Subiaco: Presidio Ospedaliero di Subiaco;
- Distretto di Palestrina: Presidio Ospedaliero di Palestrina; Tensostruttura comunale "Palaverde";
- Distretto di Colleferro: Presidio Ospedaliero di Colleferro; *Auditorium* "Fabbrica della Musica".

L'operatività dei punti vaccinali attivati in strutture diverse da quelle aziendali è stata garantita dalla sottoscrizione di rapporti convenzionati mirati all'attivazione di sinergie operative integrate ed innovative con il settore privato accreditato e con le Amministrazioni Comunali.

In coerenza con le indicazioni contenute nel Piano Strategico Nazionale (2, 3) e nel Piano Regionale Vaccinazione anti-SARS-CoV-2 (4, 5), in fase di avvio la campagna è stata rivolta agli operatori di interesse sanitario e alla popolazione di età >80 anni, impiegando i due vaccini a mRNA disponibili (*Comirnaty* di Pfizer/BioNTech e *Spikevax* di Moderna); successivamente, alle diverse fasce di popolazione *target* sono stati offerti i vaccini a vettore virale *Vaxzevria* di AstraZeneca-Oxford e *Janssen* di Johnson&Johnson.

La Farmacia Unica Aziendale ha gestito il cruciale ruolo di *hub* per lo stoccaggio e la distribuzione dei vaccini ai diversi punti di somministrazione, due dei quali (Casa della Salute di Palombara e Presidio Ospedaliero di Tivoli) hanno rivestito anche il ruolo di *spoke* farmaceutici, per una migliore capillarizzazione della distribuzione dei vaccini stessi ai punti di somministrazione.

Un ruolo di rilievo nella campagna vaccinale è stato rivestito dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta che, grazie alla funzione di raccordo con la Direzione Strategica esercitata dai Direttori dei Distretti Sanitari, hanno collaborato alla campagna sin dalle prime fasi, effettuando oltre 38.000 somministrazioni totali ai propri assistiti. Grazie alla cooperazione con i MMG è stata realizzata l'operatività del punto vaccinale "Scuderie Estensi" di Tivoli, vero e proprio polo di attrazione non solo per l'utenza dell'area tiburtina, ma anche per tutto il quadrante a Est della Capitale, grazie ai *week-end open* che hanno consentito la realizzazione di circa 9.000 vaccinazioni complessive.

La proficua collaborazione tra asse Ospedale-Territorio dell'Azienda e i MMG ha, inoltre, consentito di realizzare una rete funzionale di presa in carico dell'utenza con caratteristiche clinico-anamnestiche tali da richiedere la somministrazione del vaccino in ambiente protetto (ad esempio, anamnesi di *shock* su base atopica); tali categorie di soggetti, attraverso specifici protocolli, sono stati gestiti presso il Presidio Ospedaliero di Tivoli e il "Palaverde" di Palestrina, in ambienti dedicati e con la stabile presenza dello specialista rianimatore.

Sulla base dei risultati della stratificazione della popolazione per età e per condizioni cliniche realizzata dal Dipartimento di Prevenzione, si è resa ben presto evidente la necessità di introdurre, in aggiunta all'offerta disponibile presso i punti vaccinali, un'iniziativa proattiva mediata da équipe vaccinali mobili, coordinate sinergicamente dalla Direzione Sanitaria Aziendale e dal Dipartimento delle Professioni Sanitarie. Grazie a tali équipe mobili, la campagna vaccinale ha raggiunto il domicilio dei residenti in condizioni di fragilità e dei pazienti in assistenza domiciliare integrata, i degenti nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie del territorio e gli ospiti delle case di riposo, per un totale di 19.445 dosi somministrate.

Per rispondere all'esigenza di agevolare l'accesso alla somministrazione del vaccino anche da parte dei residenti delle aree con particolare condizione di disagio orogeografico, dal 30 giugno al 6 agosto 2021 sono stati attivati due ambulatori vaccinali itineranti che hanno raggiunto 68 Comuni effettuando 1.277 somministrazioni di vaccino monodose; tali risultati sono stati resi possibili grazie al generoso supporto di tutti i Sindaci del territorio che, oltre a fornire idonei spazi per l'insediamento dei punti vaccinali mobili ed il necessario supporto logistico, hanno condotto una forte attività di informazione e promozione della campagna vaccinale per incrementare il grado di consapevolezza e di coinvolgimento dei propri cittadini.

Dal 24 aprile 2021 al 31 ottobre 2021 è stato operativo il *drive-in* di Valmontone, primo in Europa a realizzare un percorso vaccinale di grande efficienza in quanto svolto senza mai scendere dalla propria auto e, pertanto, di fondamentale importanza sia per incrementare il grado di adesione delle categorie di popolazione più dinamiche, sia per massimizzare le misure di contenimento della diffusione del virus, in un momento ancora critico della curva epidemiologica.

Il *drive-in* è stato progettato per sviluppare una capacità vaccinale di oltre 3.000 somministrazioni quotidiane, rivolta a tutta la regione Lazio; la sua funzionalità si è basata su una forte componente informatica e tecnologica e sull'impiego di circa 70 unità di personale per turno, tra medici, infermieri, operatori socio-sanitari, personale amministrativo, personale flussista e operatori tecnici.

La sicurezza del percorso vaccinale è stata garantita dal personale sanitario esperto nelle tecniche di supporto vitale di base e avanzato, stabilmente presenti nell'area di osservazione post-vaccinale (in grado di ospitare fino a 120 veicoli contemporaneamente), nella struttura attrezzata dedicata all'assistenza in emergenza e a bordo dei mezzi di emergenza in stazionamento, attivabili per il trasporto verso il più vicino Pronto Soccorso aziendale.

Il *drive-in* di Valmontone ha effettuato 213.080 somministrazioni, con una media di 1.128 vaccini al giorno e un picco di 3.672 vaccinazioni effettuate nel corso dell'*open-day* del 7 agosto 2021.

In fase di allestimento del sito, così come per tutto il periodo di funzionamento, il rapporto di forte sinergia tra la ASL, la Società proprietaria del Valmontone *Outlet* e il Comune di Valmontone è stato essenziale per garantire lo svolgimento ordinato delle operazioni vaccinali nel rispetto della sicurezza e dell'ordine pubblico, anche nelle giornate più critiche in relazione al numero di accessi.

In conclusione, dal 29 dicembre 2020 al 30 novembre 2021 sono state somministrate 758.764 dosi di vaccino anti *Corona Virus Disease-19* (COVID-19); i cicli vaccinali completi ammontano a 330.438, a fronte di una popolazione *target*, nel periodo di riferimento, di 468.620 residenti. Le dosi di richiamo ammontano a 38.637. Ben 386.528 somministrazioni sono state effettuate ad utenti non residenti, grazie all'ampia recettività e all'accessibilità di alcuni dei punti vaccinali aziendali. Il completamento del ciclo vaccinale fa registrare le seguenti percentuali: popolazione residente di età >80 anni 87,13%; popolazione generale residente 68,54%. Il tasso di somministrazione complessivo delle dosi di richiamo risulta pari al 49,95% nella popolazione di età >80 anni e al 9,35% nella popolazione generale. Il fenomeno di esitazione vaccinale (intesa come nessuna dose ricevuta) interessa 93.724 residenti, pari al 20% della popolazione *target* (468.620 residenti).

Riferimenti bibliografici

- (1) Regione Lazio, Open Salute Lazio, dati sullo stato di salute della popolazione residente. Anno 2019.
- (2) Ministero della Salute. Decreto 2 gennaio 2021. Adozione Piano strategico per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19.
- (3) Ministero della Salute. Decreto 12 marzo 2021. Approvazione del Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 costituito dal documento recante "Elementi di preparazione della strategia vaccinale", di cui al Decreto 2 gennaio 2021 nonché dal documento recante "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19" del 10 marzo 2021.
- (4) Regione Lazio. Determinazione 29 dicembre 2020 n. G16441. Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria. "Approvazione del Piano Regionale Vaccinazione anti SARS-Cov2: prima fase".
- (5) Regione Lazio. Determinazione 22 febbraio 2021 n. G01850. Aggiornamento della Determinazione 29 dicembre 2020 n. G16441. "Indicazioni per individuazione delle persone estremamente vulnerabili".

Appropriatezza prescrittiva dei farmaci negli anziani: l'esperienza dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Prof. Vittorio Maio, Dott. Stefano Del Canale, Dott.ssa Giovanna Negri, Dott.ssa Monica Pini, Dott. Marco Lombardi, Dott.ssa Romana Bacchi, Dott.ssa Anna Maria Petrini

Nei Paesi sviluppati, i pazienti anziani rappresentano il segmento di popolazione che consuma la maggior quantità di farmaci. Tale dato è spiegato, almeno in parte, dall'aumento della prevalenza di questa popolazione in relazione all'aumento dell'aspettativa di vita e dal conseguente incremento dell'incidenza di malattie croniche, che necessitano dunque di un trattamento farmacologico. Nel 2020, ad esempio, secondo il Rapporto dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, in Italia la popolazione di età ≥ 65 anni ha utilizzato il 70% delle dosi e assorbito il 60% della spesa (1). I farmaci sono una componente fondamentale del trattamento terapeutico del paziente anziano, e spesso sono l'intervento più appropriato in base al rapporto costi/benefici. Tuttavia, dal punto di vista del prescrittore, la scelta del farmaco appropriato o della giusta combinazione di farmaci è piuttosto complessa (2). Con l'invecchiamento, infatti, i cambiamenti anatomici e fisiologici, in particolare della funzione renale ed epatica, spesso associati ad un quadro clinico complicato dalla presenza di comorbidità, possono alterare il profilo farmacocinetico e farmacodinamico del farmaco, esponendo il paziente anziano a un significativo aumento del rischio di prescrizioni inappropriate e di eventi avversi da farmaci. Inoltre, molti farmaci non sono mai stati testati negli anziani e, dunque, non esistono Linee Guida che suggeriscano l'approccio farmacologico più adeguato e sicuro nella popolazione geriatrica. Tali evidenze rendono, quindi, la scelta della terapia appropriata un compito particolarmente complesso e difficile per il medico.

In questo contesto, negli anni più recenti, è emersa in modo significativo una forte preoccupazione per la qualità delle prescrizioni per gli anziani. Di fatto, il fenomeno dell'uso di farmaci ritenuti *Potentially Inappropriate Prescriptions* (PIP) negli anziani perché associati ad un profilo rischio-beneficio sfavorevole (3) è ben documentato nella letteratura. Revisioni delle evidenze disponibili riportano come, in media, un paziente anziano su cinque sia soggetto a PIP (4, 5). L'impatto clinico ed economico di una prescrizione inappropriata è ben noto, e l'uso di PIP nei pazienti anziani è stato associato ad un generale declino funzionale e della qualità della vita, oltre che ad un aumento del consumo di risorse sanitarie e di ospedalizzazione (6-8). Per ridurre l'uso di PIP in questi pazienti, sono stati realizzati molteplici interventi di *quality improvement* di carattere formativo/informativo, destinati soprattutto ai medici delle cure primarie che hanno, tuttavia, prodotto risultati contrastanti. Nonostante modificare le abitudini prescrittive dei medici sia complicato, esiste evidenza che gli interventi incentrati su combinazioni di più metodi risultano essere più efficaci e duraturi (9, 10).

L'Emilia-Romagna è da lungo tempo impegnata in attività volte al miglioramento della qualità dell'uso dei farmaci negli anziani. Da uno studio condotto su dati farmaceutici regionali del 2001, applicando i criteri di Beers (3) per valutare l'uso di PIP, era stato evidenziato un tasso di prevalenza di PIP nella popolazione anziana pari al 18% (11), un valore, tuttavia, probabilmente sottostimato, principalmente per due ragioni fondamentali: in primo luogo, i criteri di Beers sono stati sviluppati negli Stati Uniti d'America e, quindi, non riflettono necessariamente le abitudini prescrittive dei clinici italiani; in secondo luogo, molti dei farmaci inclusi in quei criteri non sono rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano come, per esempio, le benzodiazepine, sfuggendo quindi alla stima di prevalenza di PIP. In ogni caso, in considerazione di tali risultati piuttosto allarmanti, nel 2007 l'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di Parma, in collaborazione con la *Thomas Jefferson University* (TJU) di Philadelphia, ha intrapreso un progetto pilota di 3 anni (2007-2010) che ha coinvolto tutti i Medici di Medicina Generale (MMG) volto al disegno, realizzazione e diffusione di strumenti clinico-analitici che aiutassero a valutare e migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci nella popolazione anziana (12). L'intervento si è articolato in più fasi, includendo tre attività principali:

1. sviluppo di una lista di PIP per la popolazione anziana relativamente ai farmaci inclusi nel Prontuario Farmaceutico Nazionale e compatibile con le modalità prescrittive italiane e, contemporaneamente, di una lista, laddove possibile, di farmaci alternativi;
2. valutazione della prevalenza di PIP nella popolazione anziana di Parma utilizzando la lista sviluppata e i dati della farmaceutica territoriale;
3. presentazione della lista di PIP, di quella dei farmaci alternativi e dei risultati di prevalenza, ai MMG tramite incontri formativi/informativi nei quali venivano presentati casi clinici su PIP selezionati attraverso un approccio *peer-to-peer*, con la partecipazione di clinici ospedalieri e ambulatoriali locali.

Per sviluppare la lista di PIP nell'anziano, è stato costituito un *panel* di esperti (Gruppo per l'Appropriatezza Prescrittiva) formato da ricercatori della TJU, MMG con specialità differenti (pneumologia, cardiologia,

nefrologia e geriatria), specialisti ambulatoriali e ospedalieri in geriatria, psichiatria, diabetologia e cardiologia, medici operanti in case di cura e farmacisti. Per il raggiungimento del consenso sulla lista, è stata adottata una metodica di Delphi. La lista, conosciuta in letteratura come Maio Criteria (13), giunta oggi alla 5ª Edizione (2020) (14), include tre categorie distinte in base al livello di potenziale inappropriata:

- farmaci che dovrebbero essere sempre evitati (farmaci che la letteratura riporta ad alto rischio per l'anziano, per cui spesso esistono alternative più sicure);
- farmaci raramente appropriati (farmaci efficaci ma non di prima scelta, con un profilo rischio/beneficio e/o beneficio/costo non favorevole);
- farmaci da usare solo per alcune indicazioni (farmaci che hanno alcune indicazioni, ma che spesso devono essere usati sotto stretto controllo; tali farmaci sono potenzialmente soggetti ad un uso non appropriato).

Nella lista i farmaci sono classificati in base alla classe terapeutica o al sistema d'organo e viene, inoltre, specificato se sono a carico o meno del SSN. Per esempio, nella versione aggiornata al 2020, fra i farmaci rimborsati dal SSN, fanno parte della categoria dei farmaci da evitare sempre gli antinfiammatori orali (>15 giorni), la ticlopidina e la amitriptilina; fra i farmaci raramente appropriati si annoverano i fluorochinoloni e gli inibitori di pompa per un uso prolungato e, infine, fra i farmaci da usare solo per alcune indicazioni ci sono antiaritmici, antidiabetici e antipsicotici (14).

L'intervento fu accolto molto positivamente dai MMG dell'AUSL: agli incontri formativi/informativi si riscontrò, infatti, una presenza media dell'85% dei MMG. Al termine dell'intervento, l'AUSL di Parma e la TJU hanno realizzato vari Progetti di ricerca per valutarne gli esiti. Il primo studio ha avuto lo scopo di verificare se l'intervento avesse portato ad un miglioramento prescrittivo dei MMG (15). I risultati hanno chiaramente dimostrato che l'intervento aveva prodotto una riduzione statisticamente significativa del numero di pazienti anziani dell'AUSL soggetti a prescrizioni della categoria dei farmaci da evitare. Di fatto, il tasso di prevalenza di farmaci da evitare si era ridotto nei 3 anni dell'intervento del 32% (dal 7,8% di *baseline* al 5,3% al termine dell'intervento), statisticamente superiore alla riduzione del 22% occorsa nell'AUSL adiacente di Reggio Emilia (usata come *comparator*) dove l'intervento non era avvenuto e con una prevalenza di PIP di *baseline* analoga a quella dell'AUSL di Parma. In aggiunta, lo studio ha stimato che, grazie all'intervento, circa 608 pazienti anziani di Parma non sono stati soggetti a prescrizioni di farmaci da evitare durante il quarto trimestre del 2009, corrispondente a circa il 12% del totale dei pazienti anziani dell'AUSL che si ritiene che sarebbero stati soggetti a PIP se l'intervento non fosse avvenuto.

Successivamente, si è cercato di valutare la sostenibilità dei benefici dell'intervento una volta terminato (16). I risultati delle analisi hanno mostrato che, nell'anno successivo alla conclusione dell'intervento, si sia stimata un'ulteriore riduzione del 18% della prevalenza di pazienti anziani soggetti a farmaci da evitare, sia in tutti i pazienti soggetti a PIP che in quelli *naïve*. I risultati dello studio, quindi, evidenziano come l'intervento sia stato in grado di modificare concretamente l'atteggiamento prescrittivo dei MMG. Con un ulteriore studio si è, infine, cercato di valutare se l'intervento avesse avuto un impatto sugli esiti clinici dei pazienti anziani (17). Come visto in precedenza, la letteratura riporta una chiara associazione fra l'uso di PIP e l'aumento dei ricoveri ospedalieri. L'obiettivo dello studio è stato, quindi, quello di verificare se, a seguito dell'intervento, fosse avvenuta una riduzione dei ricoveri nella popolazione anziana dell'AUSL. Sono stati così analizzati i dati dei ricoveri ospedalieri prima dell'intervento, durante l'intervento e dopo all'intervento, per un periodo complessivo dal 2005 al 2014. Attraverso una sofisticata metodologia, i risultati delle analisi hanno mostrato una riduzione statisticamente significativa dei ricoveri durante l'intervento rispetto al periodo prima dell'intervento: secondo i modelli dello studio, si è stimato che, grazie all'intervento, si siano evitati circa 1.500 ricoveri, con un significativo beneficio per i pazienti interessati e con un risparmio netto per l'AUSL di circa 5,5 milioni di €.

In conclusione, l'esperienza dell'AUSL di Parma dimostra come sia possibile attraverso interventi mirati e strutturati a livello locale, coinvolgere i MMG per migliorare la prescrizione dei farmaci nella popolazione geriatrica. Con il rapido ricambio generazionale dei medici delle cure primarie, l'AUSL è a tutt'oggi impegnata a sensibilizzare i propri MMG sul tema dell'appropriatezza dei farmaci nei pazienti anziani, attraverso la diffusione della lista PIP e l'organizzazione regolare di incontri formativi/informativi *peer-to-peer*. In aggiunta, dal 2016, in collaborazione con la TJU, l'AUSL ha sviluppato e implementato programmi di formazione/informazione per i MMG indirizzati alla deprescrizione di particolari classi di farmaci nei pazienti anziani quando le condizioni cliniche e funzionali, nonché l'aspettativa di vita del paziente possano far ritenere tali farmaci non più necessari (18). In tale ottica, sono stati messi a disposizione dei MMG algoritmi specifici di deprescrizione per gli antipsicotici, anti-iperglicemici, inibitori di pompa, benzodiazepine e statine. Di fronte all'invecchiamento della popolazione e all'aumento dei costi sanitari, gli interventi formativi/informativi multimodali rivolti ai MMG come quello disegnato e sviluppato dall'AUSL di Parma, appaiono molto utili per i sistemi sanitari che cercano di migliorare l'utilizzo dei farmaci nella popolazione anziana.

Riferimenti bibliografici

- (1) Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021. Disponibile al sito: www.aifa.gov.it/documents/20142/1542390/Rapporto-OsMed-2020.pdf.
- (2) Thomas RB, Jang SR, Lombardi M, Maio V. The prescription paradox: a guide to appropriate prescribing in the elderly. *Geriatric Care* 2019; 5 (2): 49-51.
- (3) Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1531-6.
- (4) Tommelein, E., Mehuys, E., Petrovic, M., Somers, A., Colin, P., & Boussery, K. Potentially inappropriate prescribing in community-dwelling older people across Europe: a systematic literature review. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2015; 71 (12): 1.415-1.427.
- (5) Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, et al. Inappropriateness of Medication Prescriptions to Elderly Patients in the Primary Care Setting: A Systematic Review. *PLOS ONE* 2012; 7 (8): e43617.
- (6) Hyttinen V, Jyrkkä J, Valtonen H. A Systematic Review of the Impact of Potentially Inappropriate Medication on Health Care Utilization and Costs Among Older Adults. *Med Care*. 2016; 54 (10): 950-64.
- (7) Liew TM, Lee CS, Goh Shawn KL, Chang ZY. Potentially Inappropriate Prescribing Among Older Persons: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Ann Fam Med*. 2019; 17 (3): 257-266.
- (8) Varga S, Alcusky M, Keith SW, Hegarty SE, Del Canale S, Lombardi M, Maio V. Hospitalization Rates During Potentially Inappropriate Medication Use in a Large Population-Based Cohort of Older Adults. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2017; 83: 2.572-2.580.
- (9) Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, et al. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Drugs Aging*. 2009; 26 (12): 1.013-28.
- (10) Lee JQ, Ying K, Lun P, et al. Intervention elements to reduce inappropriate prescribing for older adults with multimorbidity receiving outpatient care: a scoping review. *BMJ Open* 2020; 10: e039543.
- (11) Maio V, Yuen EJ, Novielli KD, Rabinowitz C, Louis DZ, Smith DK. Potentially Inappropriate Medication Prescribing for Elderly Outpatients in Emilia-Romagna, Italy: A Population-Based Cohort Study. *Drugs & Aging* 2006; 23 (11): 915-924.
- (12) Maio V, Del Canale S, Abouzaid S. Using Explicit Criteria to Evaluate the Quality of Prescribing in Elderly Italian Outpatients: A Cohort Study. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2010; 35: 219-229.
- (13) Kaufmann CP, Tremp R, Hersberger KE, Lampert ML. Inappropriate prescribing: a systematic overview of published assessment tools. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014; 70 (1): 1-11.
- (14) AUSL di Parma. Appropriata prescrizione dei farmaci nella popolazione anziana. Disponibile al sito: www.ausl.pr.it/azienda/appropriatezza_prescrittiva/default.aspx.
- (15) Keith SW, Maio V, Dudash K, Templin M, Del Canale S. A physician-focused intervention to reduce inappropriate medications prescribing to older people. *Drugs and Aging* 2013; 30: 119-127.
- (16) Lopatto J, Keith SW, Del Canale S, Templin M, Maio V. Evaluating Sustained Quality Improvements: Long-term Effectiveness of a Physician Focused Intervention to Reduce Potentially Inappropriate Medication Prescribing in an Older Population *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2014; 39: 266-271.
- (17) Alcusky M, Thomas R, Jafari N, Keith SW, Kee A, Del Canale S, Lombardi M, Maio V. Reduction in Unplanned Hospitalizations Associated with a Physician Focused Intervention to Reduce Potentially Inappropriate Medication Use Among Older Adults: A Population-Based Cohort Study. *BMC Geriatrics* 2021; 21: 218.
- (18) AUSL di Parma. Deprescrizione. Disponibile al sito: www.ausl.pr.it/azienda/deprescrizione/deprescrizione.aspx.