



Assistenza ospedaliera

Il Capitolo sull'Assistenza ospedaliera del Rapporto Osservasalute negli anni continua a monitorare i principali indicatori dell'assistenza ospedaliera, descrivendone l'evoluzione e i cambiamenti. Nell'Edizione di quest'anno prosegue l'analisi degli indicatori in relazione agli effetti indotti dalla pandemia da SARS-CoV-2. L'introduzione di nuovi *core indicators* consente, inoltre, di arricchire la descrizione dei sistemi ospedalieri regionali e aggiunge nuovi elementi per la valutazione dell'eterogeneità nei territori. Il Capitolo, pertanto, intende offrire elementi utili per individuare aree di intervento finalizzate a ridurre le disuguaglianze geografiche e nell'accesso alle cure e, allo stesso tempo, per valutare le modifiche del sistema ospedaliero del nostro Paese in relazione agli interventi normativi e alle politiche di Sanità Pubblica.

Fino al primo decennio degli anni 2000 è stato perseguito e realizzato l'obiettivo di un sistema sanitario sempre meno incentrato sull'Ospedale, nell'ottica di contenere la spesa sanitaria pubblica e soprattutto di offrire servizi sanitari più rispondenti ai bisogni di cura dei pazienti fragili, cronici e multi-cronici, che sono sempre più numerosi in conseguenza del prolungato processo di invecchiamento della popolazione del nostro Paese. Questi cambiamenti finora non si sono accompagnati, almeno non in tutte le realtà regionali, ad un adeguato potenziamento delle cure primarie e dei servizi territoriali, che avrebbero dovuto garantire la presa in carico di tali pazienti. L'impatto della pandemia da SARS-CoV-2 ha, inoltre, amplificato gli squilibri ancora esistenti e ha impresso un'accelerazione agli interventi normativi volti a riorganizzare i servizi sanitari extra-ospedalieri. In questo contesto, il sistema ospedaliero diviene uno dei "tasselli" necessari per realizzare una rete di servizi sanitari integrati che devono agire in sinergia, ponendo al centro il paziente. Il PNRR, con la Missione 6 Salute, mette a disposizione risorse aggiuntive per la realizzazione di reti di prossimità, la telemedicina, il potenziamento delle cure domiciliari e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, la cui *governance* sarà in capo ai distretti sanitari. Il DM n. 77 del 23 maggio 2022 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN") definisce gli standard dell'assistenza territoriale, in analogia con quanto fatto per i servizi ospedalieri con il DM n. 70 del 2 aprile 2015. L'Ospedale dovrà, quindi, essere sempre più in relazione con gli altri servizi territoriali e con gli Ospedali di comunità, per favorire la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero. Questi interventi costituiscono una vera e propria sfida nella riorganizzazione della rete di servizi sanitari e richiederanno l'introduzione di nuovi indicatori e di nuove fonti anche nel Rapporto Osservasalute, per poter descrivere e interpretare i mutamenti derivanti dal riassetto del sistema sanitario.

Allo stato attuale il Capitolo consente di descrivere i cambiamenti in atto nei sistemi ospedalieri regionali in relazione agli interventi normativi degli ultimi 10 anni. Gli indicatori sono descritti con riferimento ai 2 anni di pandemia (2020 e 2021) confrontandoli con l'anno pre-pandemia (2019) e, quando possibile, fornendo anche una lettura degli andamenti mensili per evidenziare i mutamenti in corrispondenza delle ondate pandemiche.

La dotazione di posti letto ospedalieri per regime di ricovero e per disciplina, oltre ad essere letta in relazione agli standard definiti nel DM n. 70/2015, viene descritta distinguendo i reparti dedicati ai pazienti affetti da COVID-19 e ai pazienti no-COVID-19, mantenendo, come nella precedente Edizione del Rapporto Osservasalute, anche il *Focus* sulle discipline di Terapia Intensiva, Malattie infettive e tropicali e Pneumologia. Dopo anni di riduzione dell'offerta di posti letto, l'indicatore è in crescita, ma l'incremento ha riguardato prevalentemente i posti letto ordinari per acuti per i pazienti COVID-19.

L'effetto della pandemia su alcuni DRG ad elevato impatto sociale risulta essere stato più forte per i DRG riferiti a malattia polmonare cronica ostruttiva e diabete, mentre si sono ridotti meno i ricoveri per DRG oncologico (somministrazione di chemioterapia in regime ordinario e diurno).

La quota di interventi per frattura del femore nei pazienti anziani entro 2 giorni, *proxy* della qualità dell'assistenza ospedaliera, non sembra aver risentito in maniera significativa delle conseguenze della pandemia: la *performance* a livello nazionale è rimasta sostanzialmente invariata tra il 2019 e il 2021; tuttavia, permangono in alcune regioni valori dell'indicatore inferiori alla soglia minima del 60% stabilita dal Ministero della Salute nel DM n. 70/2015.

L'esigenza di riorganizzare gli accessi all'Ospedale a causa dell'emergenza pandemica di SARS-CoV-2 ha avuto di riflesso un effetto positivo, riducendo il tasso di ospedalizzazione per prestazioni a rischio di inappropriatezza se erogate in regime di RO o in Day Surgery. Permangono, comunque, in alcune realtà regionali ampi margini di miglioramento per interventi e procedure trasferibili in *setting* diversi dal regime in RO, come indicato all'art. 41 del DCPM del 12 gennaio 2017.

Nel 2021 si è registrata una ripresa degli interventi chirurgici per protesi d'anca, angioplastica coronarica



e bypass aortocoronarico, procedure particolarmente frequenti e di riconosciuta efficacia nella popolazione anziana, ma i livelli rimangono al di sotto del periodo pre-pandemico. Inoltre, si evidenzia un'elevata variabilità regionale, con situazioni limite che riflettono condizioni di effettivo "overuse" e "underuse" delle procedure stesse.

Per queste procedure, incluse nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, da quest'anno viene monitorato anche il rispetto dei tempi di attesa in relazione alle Classi di priorità assegnate al momento della prenotazione del ricovero. Per le protesi d'anca si registra un miglioramento dell'indicatore nel periodo 2019-2021, sebbene l'elevata eterogeneità regionale suggerisca la possibilità di ulteriori margini di incremento. I tempi di attesa per interventi di bypass aortocoronarico classificati in Classe A (intervento entro 30 giorni) non mostrano variazioni significative, mentre quelli per interventi di angioplastica coronarica risultano in peggioramento, in un contesto di generale aumento del numero di interventi effettuati.

Nel Capitolo, dopo diversi anni di assenza, sono stati reintrodotti gli indicatori di mobilità ospedaliera rielaborati secondo una nuova metodologia sviluppata dall'Agenas insieme al Ministero della Salute. Tale metodologia consente di scomporre la mobilità sanitaria e di isolare la quota di mobilità "evitabile", in quanto relativa a prestazioni a bassa e media complessità o a ricoveri in regime di RO con DRG ad alto rischio di inapproprietezza. L'analisi di questi indicatori evidenzia che la maggior parte della mobilità ospedaliera è "evitabile" e indirizzata verso strutture private accreditate. Negli anni della pandemia si è registrata una lieve riduzione di tale mobilità, ma la geografia è rimasta sostanzialmente immutata, con molte regioni "di fuga" nelle aree meridionali del Paese e molte regioni "di attrazione" situate al Centro-Nord. Queste tendenze si confermano anche per la mobilità ospedaliera in età pediatrica, sebbene in questo caso "l'attrazione" sia determinata principalmente verso le strutture ospedaliere pediatriche del nostro Paese.

In conclusione, gli indicatori presentati nel Capitolo evidenziano che la pandemia da SARS-CoV-2 ha sicuramente avuto effetti destabilizzanti sul sistema ospedaliero, modificandone l'accessibilità, richiedendo una riorganizzazione dell'assistenza, con conseguenze in termini di salute dei pazienti che non è ancora possibile quantificare. Allo stesso tempo emerge in modo chiaro che molte delle differenze osservate tra i sistemi ospedalieri regionali, non derivano dall'impatto dell'emergenza sanitaria, ma hanno un carattere più strutturale, frutto di assetti organizzativi che hanno radici in tempi lontani.

Come nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, si rende disponibile anche un'Appendice con indicatori e tabelle in serie storica di dati, di cui si sintetizzano di seguito le principali evidenze.

Sintesi degli indicatori in Appendice

La domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero viene descritta attraverso l'analisi dei tassi di ospedalizzazione. I dati registrati nel 2021 indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 112,4 per 1.000 abitanti, in aumento rispetto al 2020 (103,6 per 1.000) e nettamente inferiore allo standard del 160 per 1.000 indicato dal DM n. 70/2015. L'analisi della tendenza temporale 2016-2021 rileva una chiara riduzione del tasso di ricovero per entrambi i regimi di ricovero fino al 2020, mentre nel 2021 si osserva un incremento. Il tasso di ospedalizzazione in regime di DH passa dal 32,2 per 1.000 nel 2016 al 20,8 per 1.000 nel 2020 e al 24,7 per 1.000 nel 2021, mentre il tasso in regime di RO dal 106,4 per 1.000 nel 2016 all'82,7 per 1.000 nel 2020 e all'87,6 per 1.000 nel 2021. A fronte dell'importante calo dei tassi di ospedalizzazione, tra il 2019 e il 2020 (18,2 per 1.000 per la componente in RO e 8,1 per 1.000 per il DH), tra il 2020 e il 2021 si osserva un incremento pari a 4,9 per 1.000 in regime di RO e 3,9 per 1.000 in regime di DH. I DRG chirurgici rappresentano, nel 2021, il 45,7% di tutti i ricoveri, il 43,3% dei ricoveri in RO e il 54,6% dei ricoveri in regime diurno, con un incremento rispetto al 2020 di 2,6 punti percentuali per il regime in RO e di 1,6 punti percentuali per il regime in DH. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare eventuali differenze geografiche e per età. Si conferma che il tasso età-specifico di dimissione più elevato si rileva nella fascia di età *over 75* anni per tutte e tre le tipologie di attività (ricoveri per acuti, riabilitazione e lungodegenza). In ogni fascia di età considerata si osserva un incremento del tasso di dimissione in regime di RO per acuti rispetto al 2020, mentre per la riabilitazione si osserva un decremento per gli *over 75* anni che si estende anche agli *over 65* anni per la lungodegenza. Il numero medio di accessi in DH rimane pressoché invariato (circa 4,2 nel 2020 e nel 2021), così come quello in Day Surgery (circa 1,4 nel 2020 e nel 2021). La percentuale dei pazienti ricoverati in DS e One Day Surgery è lievemente aumentata, passando, rispettivamente, dal 53,68% e 16,42% del 2020 al 55,36% e 17,10% del 2021. La Degenza Media Preoperatoria, standardizzata per *case-mix*, ha mostrato, nell'ultimo decennio, un andamento pressoché costante, confermando la stabilità della riduzione rispetto agli anni precedenti, mentre nel 2020, in concomitanza con l'emergenza pandemica, si è assistito ad un aumento generalizzato dei valori regionali che nel 2021 si sono ridotti raggiungendo valori inferiori a quelli del 2019.

Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero e Focus sui posti letto ospedalieri per le principali discipline COVID-19 correlate

Significato. Questa Sezione illustra il confronto del tasso di Posti Letto (PL) per 1.000 residenti delle regioni e PA negli anni 2019, 2020 e 2021. Viene indicata la dotazione complessiva di PL per tipologia di attività (acuti e post-acuti) e, solo per i PL per acuti, per regime di ricovero (RO e DH).

Tale indicatore viene utilizzato, principalmente, per pianificare e misurare la struttura dell'offerta ospedaliera di un determinato ambito geografico. Dal punto di vista normativo la dotazione standard di PL è stata rivista negli anni e le ultime indicazioni prima del periodo pandemico sono riportate dal DM n. 70/2015 (1), che ha previsto una profonda revisione del modello ospedaliero per acuti.

In funzione dell'emergenza COVID-19 viene analiz-

zata anche la dotazione di PL sia nei reparti dedicati ai pazienti affetti da COVID-19, sia per le discipline che, nel corso del 2020 e 2021, si sono rivelate maggiormente impegnate nell'assistenza a pazienti con infezione da SARS-CoV-2, e che sono state oggetto di riorganizzazioni, rimodulazioni e consistenti ampliamenti delle proprie dotazioni. Per queste discipline (Terapia Intensiva, Malattie infettive e tropicali, Pneumologia) è stata valutata la variazione 2020-2019 e 2021-2019 del tasso di PL per 100.000 residenti.

L'analisi dell'indicatore riportata in questa Sezione vuole essere un contributo alla valutazione dell'impatto della pandemia sulla struttura dell'offerta del sistema ospedaliero.

Tasso di posti letto ospedalieri per tipologia di attività

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Posti letto per tipologia di attività (acuti e post-acuti)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Tasso di posti letto ospedalieri per acuti per regime di ricovero

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Posti letto per acuti per regime di ricovero (Ricovero Ordinario e Day Hospital)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Tasso di posti letto ospedalieri per discipline COVID-19 correlate: Terapia Intensiva (49), Malattie infettive e tropicali (24) e Pneumologia (68)

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Posti letto per tipologia di attività (acuti e post-acuti) per discipline 49, 24 e 68}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

Validità e limiti. I dati sono stati estratti dalla base dati nazionale del Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Il *data-set* contiene i dati relativi ai PL delle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate rilevati per i singoli mesi dell'anno di riferimento.

Le informazioni contenute nel *data-set* sono elaborate in riferimento ai dati che le Regioni trasmettono al Ministero della Salute con il modello HSP12 "Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate" (DM 5 dicembre 2006) per cui risulta una data di apertura non successiva a gennaio dell'anno di riferimento, ed i PL delle discipline ospedaliere accreditate censite con il modello HSP13 "Posti letto per disciplina delle case di cura private" (DM 5 dicembre 2006) per le quali risulta una data di inizio accreditamento non successiva a gennaio all'anno di riferimento.

Per PL in regime ordinario si intendono i PL di degenza ordinaria e di degenza ordinaria a pagamento delle

strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e i PL accreditati di degenza ordinaria delle case di cura private accreditate.

Per PL in regime diurno si intendono i PL di DH e di Day Surgery delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e i PL accreditati di DH e di Day Surgery delle case di cura private accreditate.

Sono considerati per acuti i reparti afferenti a tutte le discipline ospedaliere ad esclusione delle discipline 28 "Unità spinale", 56 "Recupero e riabilitazione funzionale", 75 "Neuro-riabilitazione", 60 "Lungodegenti" e 31 "Nido". Sono considerati post-acuti i reparti afferenti alle discipline ospedaliere 28 "Unità spinale", 56 "Recupero e riabilitazione funzionale", 75 "Neuro-riabilitazione" e 60 "Lungodegenti".

Per PL dedicati a pazienti affetti da COVID-19 si intendono:

- quelli afferenti ai reparti censiti attraverso il modello HSP12 con il tipo divisione = "C" (nuova modalità

introdotta nel 2020);

- quelli censiti con il modello HSP13 con la fascia di appartenenza = "E" (nuova modalità introdotta nel 2020).

I dati sono aggiornati al 18 aprile 2023.

L'interpretazione dei dati deve tenere conto che la dotazione dei PL non è pesata sulla base della struttura demografica della popolazione e non può tenere conto delle modalità di utilizzo definite dalle singole regioni dei diversi *setting* di degenza. Occorre tenere anche in considerazione l'impatto della mobilità interregionale, passiva ed attiva, che in molte realtà incide sensibilmente sulla programmazione locale spiegando in parte la variabilità dei tassi rilevata dall'analisi.

Valore di riferimento/Benchmark. Viene utilizzato come benchmark lo standard indicato dal DM n. 70/2015 che prevede un tasso di PL regionale per acuti pari a 3,0 per 1.000 abitanti e per i pazienti post-acuti di 0,7 per 1.000 abitanti. Per quanto riguarda le discipline COVID-19 correlate (codici 49, 24 e 68), non essendo presente un valore di riferimento, il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale e la valutazione delle due variazioni 2020-2019 e 2021-2019 consentono di evidenziare quali cambiamenti la pandemia abbia determinato nella destinazione e nell'aumento della dotazione di PL, dando una prima fotografia di come il sistema ospedaliero abbia reagito all'emergenza sanitaria.

Descrizione dei risultati

Nel 2019 il tasso di PL medio nazionale era di 3,39 per 1.000 residenti, aumentato nel 2020 a 3,42 per 1.000 e nel 2021 fino a 3,91 per 1.000 (Tabella 1).

Considerando la tipologia di attività, si osserva tra il 2019 e il 2020, in 9 regioni e PA un aumento del tasso di PL per acuzie, mentre nel 2021 l'aumento ha caratterizzato tutte le regioni e PA, fino a un massimo del 40% in Piemonte. Complessivamente a livello nazionale se nel 2020 l'aumento rispetto all'anno 2019 era solo del 2%, nel 2021 l'aumento dei PL è stato del 18%. Per quanto riguarda i PL per post-acuti nel 2020 in 14 regioni si è osservato un decremento fino ad un massimo del 15%, mentre nel 2021 solo in 4 regioni si è verificata una diminuzione; a livello nazionale si è passati da una riduzione del 4% nel 2020 ad un incremento del 3% nel 2021.

Nel 2019, solo 5 regioni avevano un'offerta di PL per acuti superiore al valore standard (3,0 per 1.000 residenti), nel 2020 il numero delle regioni sopra soglia sale a 8, di cui 6 localizzate nel Nord, mentre nel 2021 solo Calabria, Basilicata e Campania hanno registrato un'offerta di PL per acuti inferiore al valore standard. Un'offerta post-acuti superiore allo standard dello 0,7 per 1.000 si osserva nel 2019 in 5 regioni, nel 2020 solo in Piemonte e nella PA di Trento, mentre nel 2021 aumentano a 6 le regioni sopra il livello standard.

I risultati evidenziano un aumento della variabilità interregionale della dotazione di PL nel periodo pandemico, che potrebbe essere dovuto da un lato al diverso impatto della pandemia sulle regioni, dall'altro ad una disomogenea risposta all'incrementata domanda di cure ospedaliere.

Nella Tabella 1.1 si evidenzia come l'aumento dei PL dal 2019 al 2021 sia dovuto ai soli PL in reparti dedicati ai pazienti COVID-19, sia per quanto riguarda i PL per acuzie sia per i PL post-acuzie. Nel 2021 la variazione complessiva a livello nazionale rispetto al 2019 dei posti letto no-COVID è praticamente nulla, mentre a livello regionale si osserva una grande variabilità, passando da un incremento del 21% in Puglia ad una riduzione del 17% in Liguria per il tasso di PL nei reparti non dedicati ai pazienti affetti da COVID-19.

Nella Tabella 2 sono riportati i tassi di PL per acuti per regime di ricovero per il 2019 con 2020 e 2021; in questo caso, si osserva come l'aumento della dotazione di PL sia stata tutta a carico della degenza ordinaria soprattutto nell'anno 2021. Si è passati da un incremento del tasso di PL a livello nazionale del 3% nel 2020 a un aumento del 20% nell'ultimo anno preso in analisi. Per quanto riguarda i tassi di PL a carico dei DH si nota come nel 2020 ci sia stata una riduzione maggiore rispetto al 2021, in quest'ultimo anno infatti i tassi sono risultati essere simili a quelli registrati nell'anno pre-pandemico.

La Tabella 3 mostra come l'eterogeneità regionale sia presente anche per i tassi di PL per discipline COVID-19 correlate. L'incremento maggiore del tasso di PL si osserva per le Malattie infettive e tropicali, che a livello nazionale va dal 4,77 per 100.000 nel 2019 a 18,79 per 100.000 nel 2020, mentre nel 2021 si osserva un incremento minore, ma pur sempre rilevante, con un tasso pari a 16,42 per 100.000. Nel 2021, i PL in Terapia Intensiva a livello nazionale sono 14,75 per 100.000 residenti, in aumento rispetto agli 11,74 per 100.000 del 2020 e agli 8,61 per 100.000 del 2019; l'aumento (2019-2021) risulta essere presente in tutte le regioni, con una variazione percentuale minima nella PA di Trento (4%), un valore >30% in 18 regioni e un valore massimo del 121% in Lombardia. Per la disciplina Pneumologia, l'incremento nazionale nel 2021 rispetto al 2019 è del 70%, mentre rispetto al 2020 era del 10%, in 3 regioni si osserva un decremento (2019-2021) fino al -14% in Sardegna; invece, nel 2020 rispetto al 2019 le regioni con un decremento erano 6. Anche questi risultati possono essere considerati come indicatori della eterogeneità delle strategie attuate dalle regioni per rispondere all'aumentata richiesta di assistenza ospedaliera durante il primo ed il secondo anno di pandemia.

La Tabella 3.1 e la Tabella 3.3 mostrano come l'aumento dei PL sia dovuto per la maggior parte ai PL in reparti dedicati ai pazienti affetti da COVID-19; per la

**ASSISTENZA OSPEDALIERA**

455

disciplina Pneumologia la variazione ha portato un aumento del 70%, considerando i PL in reparti standard si evidenzia come ci sia stata addirittura una diminuzione tra il 2019 e il 2021; maggiori differenze si evidenziano nella disciplina Malattie infettive e tro-

picali dove l'aumento è stato del 244% ma considerando i tassi no-COVID si è passati da un tasso di 4,77 per 100.000 a 4,96 per 100.00, con un aumento solo del 4%.



Tabella 1 - Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 1.000) di posti letto per tipologia di attività e regione - Anni 2019-2021

Regioni	Acuti						Post-acuti						Totale											
	2019		2020		2021		2019		2020		2021		2019		2020		2021							
	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi						
Piemonte	12.203	2,82	12.916	3,01	16.827	3,94	7	40	4.180	0,97	3.987	0,93	4.262	1,00	-4	3	16.383	3,79	16.903	3,94	21.089	4,94	4	30
Valle d'Aosta	396	3,16	454	3,64	472	3,81	15	21	94	0,75	83	0,67	94	0,76	-11	1	490	3,91	537	4,31	566	4,57	10	17
Lombardia	28.953	2,89	30.751	3,07	37.666	3,78	6	31	7.116	0,71	6.270	0,63	7.214	0,72	-12	2	36.069	3,60	37.021	3,70	44.880	4,50	3	25
Bolzano-Bozen	1.584	2,98	1.563	2,93	1.905	3,56	-2	19	320	0,60	289	0,54	378	0,71	-10	17	1.904	3,58	1.852	3,47	2.283	4,27	-3	19
Trento	1.551	2,85	1.585	2,91	1.637	3,02	2	6	593	1,09	572	1,05	588	1,09	-4	0	2.144	3,94	2.157	3,96	2.225	4,11	0	4
Veneto	14.456	2,96	14.432	2,96	15.063	3,10	0	5	2.606	0,53	2.326	0,48	2.191	0,45	-11	-16	17.062	3,49	16.758	3,44	17.254	3,55	-2	2
Friuli Venezia Giulia	3.752	3,11	4.111	3,41	4.245	3,54	10	14	306	0,25	293	0,24	305	0,25	-4	1	4.058	3,36	4.404	3,66	4.550	3,80	9	13
Liguria	4.721	3,09	4.689	3,08	4.978	3,29	0	6	945	0,62	852	0,56	784	0,52	-9	-16	5.666	3,71	5.541	3,64	5.762	3,81	-2	3
Emilia-Romagna	13.488	3,02	13.702	3,08	14.207	3,21	2	6	3.287	0,74	2.859	0,64	3.189	0,72	-13	-2	16.775	3,76	16.561	3,72	17.396	3,92	-1	4
Toscana	10.596	2,87	10.589	2,87	11.102	3,02	0	5	1.136	0,31	1.115	0,30	1.204	0,33	-2	7	11.732	3,17	11.704	3,17	12.306	3,35	0	5
Umbria	2.556	2,93	2.433	2,80	2.773	3,22	-4	10	391	0,45	331	0,38	406	0,47	-15	5	2.947	3,38	2.764	3,19	3.179	3,69	-6	9
Marche	4.365	2,88	4.050	2,69	5.306	3,55	-7	23	736	0,49	697	0,46	806	0,54	-5	11	5.101	3,36	4.747	3,15	6.112	4,09	-6	22
Lazio	16.244	2,82	16.589	2,89	19.567	3,42	3	21	3.867	0,67	3.814	0,66	3.759	0,66	-1	-2	20.111	3,49	20.403	3,55	23.326	4,08	2	17
Abruzzo	3.622	2,79	3.612	2,81	3.985	3,12	0	12	647	0,50	622	0,48	657	0,51	-3	3	4.269	3,29	4.234	3,29	4.642	3,63	0	10
Molise	893	2,96	917	3,08	1.023	3,49	4	18	131	0,43	131	0,44	182	0,62	2	43	1.024	3,39	1.048	3,52	1.205	4,11	4	21
Campania	14.397	2,51	14.193	2,50	16.605	2,95	0	17	2.191	0,38	2.266	0,40	2.396	0,43	4	11	16.588	2,90	16.459	2,90	19.001	3,38	0	17
Puglia	10.430	2,63	9.941	2,52	12.881	3,28	-4	25	1.326	0,33	1.441	0,37	1.770	0,45	9	35	11.756	2,97	11.382	2,89	14.651	3,73	-3	26
Basilicata	1.534	2,76	1.511	2,75	1.590	2,93	0	6	331	0,60	327	0,60	354	0,65	0	9	1.865	3,35	1.838	3,35	1.944	3,58	0	7
Calabria	4.316	2,27	3.913	2,08	4.789	2,58	-8	14	943	0,50	957	0,51	1.072	0,58	3	16	5.259	2,76	4.870	2,59	5.861	3,15	-6	14
Sicilia	13.368	2,73	13.431	2,77	14.676	3,04	1	11	2.104	0,43	2.164	0,45	2.232	0,46	4	7	15.472	3,16	15.595	3,21	16.908	3,50	2	11
Sardegna	5.146	3,18	5.059	3,16	5.424	3,41	-1	7	372	0,23	457	0,29	428	0,27	24	17	5.518	3,41	5.516	3,45	5.852	3,68	1	8
Italia	168.571	2,82	170.441	2,88	196.721	3,33	2	18	33.622	0,56	31.853	0,54	34.271	0,58	-4	3	202.193	3,39	202.294	3,42	230.992	3,91	1	15

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

457

Tabella 1.1 - Tasso (valori per 1.000) di posti letto totali e dedicati a pazienti affetti da COVID-19 (COVID), variazione (valori per 100) del tasso di PL non dedicati a pazienti affetti da COVID-19 (no-COVID) per tipologia di attività e regione - Anni 2019-2021

Regioni	Acuti			Post-acuti			Totale		
	2021 COVID Posti letto	% sul totale	Δ % 2021- 2020- no-COVID	2021 COVID Posti letto	% sul totale	Δ % 2021- 2020- no-COVID	2021 COVID Posti letto	% sul totale	Δ % 2021- 2020- no-COVID
Piemonte	4.661	28	40	230	5	3	4.891	23	30
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	113	24	21	0	0	1	113	20	17
Lombardia	8.484	23	31	240	3	2	8.724	19	25
Bolzano-Bozen	220	12	19	0	0	17	220	10	19
Trento	0	0	6	0	0	0	0	0	4
Veneto	1.353	9	5	13	1	-16	1.366	8	2
Friuli Venezia Giulia	853	20	14	0	0	1	853	19	13
Liguria	1.110	22	6	1	0	-16	1.111	19	3
Emilia-Romagna	1.359	10	6	609	19	-2	1.968	11	4
Toscana	81	1	5	20	2	7	101	1	5
Umbria	459	17	10	37	9	5	496	16	9
Marche	859	16	23	20	2	11	879	14	22
Lazio	3.013	15	21	0	0	-2	3.013	13	17
Abruzzo	439	11	12	62	9	3	501	11	10
Molise	49	5	18	0	0	43	49	4	21
Campania	2.352	14	17	0	0	11	2.352	12	17
Puglia	599	5	25	0	0	35	599	4	26
Basilicata	82	5	6	35	10	9	117	6	7
Calabria	391	8	14	0	0	16	391	7	14
Sicilia	2.289	16	11	16	1	7	2.305	14	11
Sardegna	420	8	7	0	0	17	420	7	8
Italia	29.186	15	18	1.283	4	3	30.469	13	15

*Vedere Tabella 1.

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

459

Tabella 3 - Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) di posti letto per discipline COVID-19 correlate per regione - Anni 2019-2021

Regioni	Malattie infettive e tropicali						Terapie Intensive						Pneumologia											
	2019		2020		2021		2019		2020		2021		2019		2020		2021							
	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi	Posti letto	Tassi						
Piemonte	193	4,47	353	8,22	587	13,76	84	208	327	7,57	742	17,28	694	16,27	128	115	182	4,21	266	6,20	427	10,01	47	138
Valle d'Aosta	7	5,58	15	12,04	17	13,74	116	146	10	7,98	22	17,66	20	16,16	121	103	8	6,38	32	25,69	25	20,21	303	217
Lombardia	422	4,21	6,681	66,78	3,303	33,16	1485	687	830	8,28	1,093	10,92	1,824	18,31	32	121	641	6,40	426	4,26	1,370	13,75	-33	115
Bolzano-Bozen	14	2,63	26	4,88	5	0,93	85	-65	37	6,96	53	9,94	64	11,96	43	72	25	4,70	18	3,38	25	4,67	-28	-1
Trento	26	4,77	40	7,34	110	20,31	54	325	32	5,88	33	6,05	33	6,09	3	4	32	5,88	32	5,87	32	5,91	0	1
Veneto	162	3,32	513	10,52	926	19,06	217	474	493	10,10	616	12,64	718	14,78	25	46	234	4,79	376	7,71	511	10,52	61	119
Friuli Venezia Giulia	28	2,32	77	6,40	117	9,77	176	321	112	9,27	174	14,45	171	14,27	56	54	83	6,87	101	8,39	109	9,10	22	32
Liguria	142	9,29	279	18,34	378	24,97	97	169	178	11,64	252	16,56	253	16,71	42	44	132	8,63	132	8,67	140	9,25	0	7
Emilia-Romagna	217	4,86	488	10,96	347	7,83	125	61	423	9,48	576	12,94	572	12,91	36	36	249	5,58	266	5,98	247	5,57	7	0
Toscana	219	5,92	282	7,64	242	6,58	29	11	376	10,17	468	12,67	417	11,34	25	11	170	4,60	185	5,01	215	5,85	9	27
Umbria	32	3,67	52	5,99	53	6,15	63	68	67	7,68	85	9,79	138	16,01	27	108	63	7,23	71	8,18	98	11,37	13	57
Marche	63	4,15	86	5,71	136	9,11	38	119	114	7,52	154	10,23	247	16,55	36	120	118	7,78	101	6,71	226	15,14	-14	95
Lazio	345	5,99	597	10,40	851	14,87	74	148	551	9,56	746	12,99	906	15,83	36	66	261	4,53	370	6,44	409	7,15	42	58
Abruzzo	85	6,55	155	12,04	206	16,11	84	146	121	9,33	138	10,72	153	11,97	15	28	70	5,40	67	5,20	98	7,67	-4	42
Molise	10	3,31	34	11,43	34	11,60	245	250	30	9,93	39	13,11	41	13,98	32	41	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Campania	273	4,77	354	6,25	696	12,37	31	160	460	8,03	531	9,37	734	13,05	17	62	333	5,82	410	7,23	663	11,79	24	103
Puglia	184	4,64	378	9,59	553	14,08	107	203	307	7,74	363	9,20	519	13,21	19	71	321	8,10	363	9,20	564	14,36	14	77
Basilicata	37	6,66	63	11,47	43	7,92	72	19	49	8,81	72	13,11	79	14,54	49	65	75	13,49	81	14,75	72	13,26	9	-2
Calabria	69	3,63	127	6,76	172	9,26	87	155	118	6,20	127	6,76	170	9,15	9	48	95	4,99	85	4,53	110	5,92	-9	19
Sicilia	239	4,89	408	8,40	777	16,08	72	229	387	7,91	500	10,30	754	15,60	30	97	237	4,84	280	5,77	340	7,03	19	45
Sardegna	84	5,20	109	6,81	157	9,88	31	90	123	7,61	160	9,99	213	13,41	31	76	105	6,49	92	5,75	89	5,60	-11	-14
Italia	2.851	4,77	11.117	18,79	9.710	16,42	294	244	5.145	8,61	6.944	11,74	8.720	14,75	36	71	3.434	5,75	3.754	6,35	5.770	9,76	10	70

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.

Tabella 3.1 - Tasso (valori per 1.000) di posti letto per la disciplina Malattie infettive tropicali, totali e dedicati a pazienti affetti da COVID-19 (COVID), variazione (valori per 100) del tasso di posti letto non dedicati a pazienti affetti da COVID-19 (no-COVID) per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2021 COVID		Tasso no-COVID 2021	Δ %	
	Posti letto	% sul totale posti letto*		2021-2019	2021-2019 no-COVID
Piemonte	368	63	5,13	208	15
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17	100	0,00	146	-100
Lombardia	2.836	86	4,69	687	11
Bolzano-Bozen	0	0	0,93	-65	-65
Trento	0	0	20,31	325	325
Veneto	618	67	6,34	474	91
Friuli Venezia Giulia	98	84	1,59	321	-32
Liguria	295	78	5,48	169	-41
Emilia-Romagna	235	68	2,53	61	-48
Toscana	0	0	6,58	11	11
Umbria	8	15	5,22	68	42
Marche	73	54	4,22	119	2
Lazio	618	73	4,07	148	-32
Abruzzo	61	30	11,34	146	73
Molise	23	68	3,75	250	13
Campania	558	80	2,45	160	-49
Puglia	74	13	12,19	203	163
Basilicata	22	51	3,87	19	-42
Calabria	113	66	3,18	155	-12
Sicilia	637	82	2,90	229	-41
Sardegna	120	76	2,33	90	-55
Italia	6.774	70	4,96	244	4

*Vedere Tabella 3.

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.

Tabella 3.2 - Tasso (valori per 1.000) di posti letto per la disciplina Terapie Intensive, totali e dedicati a pazienti affetti da COVID-19 (COVID), variazione (valori per 100) del tasso di posti letto non dedicati a pazienti affetti da COVID-19 (no-COVID) per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2021 COVID		Tasso no-COVID 2021	Δ %	
	Posti letto	% sul totale posti letto*		2021-2019	2021-2019 no-COVID
Piemonte	347	50	8,13	115	7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	20	100	0,00	103	-100
Lombardia	945	52	8,82	121	7
Bolzano-Bozen	24	38	7,48	72	7
Trento	0	0	6,09	4	4
Veneto	136	19	11,98	46	19
Friuli Venezia Giulia	64	37	8,93	54	-4
Liguria	123	49	8,59	44	-26
Emilia-Romagna	155	27	9,41	36	-1
Toscana	8	2	11,12	11	9
Umbria	83	60	6,38	108	-17
Marche	127	51	8,04	120	7
Lazio	374	41	9,30	66	-3
Abruzzo	22	14	10,25	28	10
Molise	4	10	12,62	41	27
Campania	244	33	8,71	62	8
Puglia	52	10	11,89	71	54
Basilicata	18	23	11,23	65	27
Calabria	45	26	6,73	48	8
Sicilia	379	50	7,76	97	-2
Sardegna	47	22	10,45	76	37
Italia	3.217	37	9,31	71	8

*Vedere Tabella 3.

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.

Tabella 3.3 - Tasso (valori per 1.000) di posti letto per la disciplina Pneumologia, totali e dedicati a pazienti affetti da COVID-19 (COVID), variazione (valori per 100) del tasso di PL non dedicati a pazienti affetti da COVID-19 (no-COVID) per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2021 COVID		Tasso no-COVID 2021	Δ %	
	Posti letto	% sul totale posti letto*		2021-2019	2021-2019 no-COVID
Piemonte	246	58	4,24	138	1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	25	100	0,00	217	-100
Lombardia	724	53	6,48	115	1
Bolzano-Bozen	0	0	4,67	-1	-1
Trento	0	0	5,91	1	1
Veneto	230	45	5,78	119	21
Friuli Venezia Giulia	54	50	4,59	32	-33
Liguria	47	34	6,14	7	-29
Emilia-Romagna	94	38	3,45	0	-38
Toscana	0	0	5,85	27	27
Umbria	55	56	4,99	57	-31
Marche	106	47	8,04	95	3
Lazio	147	36	4,58	58	1
Abruzzo	36	37	4,85	42	-10
Molise	0	0	0,00	0	0
Campania	331	50	5,90	103	2
Puglia	0	0	14,36	77	77
Basilicata	20	28	9,57	-2	-29
Calabria	45	41	3,50	19	-30
Sicilia	243	71	2,01	45	-59
Sardegna	22	25	4,22	-14	-35
Italia	2.425	42	5.66	70	-2

*Vedere Tabella 3.

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

La dotazione di PL è un buon indicatore delle linee di pianificazione sanitaria e ospedaliera di un determinato contesto territoriale e permette di misurare la capacità dei decisori di recepire gli obiettivi dettati a livello nazionale, così come di individuare le strategie attivate per fronteggiare le emergenze assistenziali come quella determinata dalla pandemia da SARS-CoV-2. L'indicatore permette, inoltre, di valutare gli effetti dell'attività programmatoria delle singole regioni in funzione del richiesto adeguamento agli standard normativi dettati dal DM n. 70/2015. Il tasso complessivo di PL registrato a livello nazionale nel 2019 e nel 2020 è risultato inferiore all'obiettivo normativo di 3,7 PL per acuti e post-acuti, per 1.000 residenti, mentre nel 2021 tale tasso ha superato l'obiettivo normativo raggiungendo un valore di 3,91 PL per 1.000 residenti. In generale, le regioni mantengono l'importante variabilità osservata negli anni 2010-2018 (vedere Rapporto Osservasalute Edizione 2020), che aumenta nel 2020 e nel 2021 soprattutto per i PL per acuti. È importante evidenziare come nelle singole regioni le quote di incremento dei PL dal 2019 al 2021 sono da attribuirsi principalmente ai PL in reparti dedicati ai pazienti COVID-19, soprattutto per quanto riguarda i PL per acuzie; stessa attribuzione è evidenziata anche per le singole discipline, le cui variazioni dal 2019 al 2021 dei PL non dedicati ai pazienti COVID-19 sono praticamente nulle. L'analisi delle strategie organizzative

introdotte dalle regioni durante l'emergenza pandemica per garantire l'assistenza sia per le patologie associate all'infezione da SARS-CoV-2 che per le patologie non COVID-19 correlate, potrebbe fornire utili informazioni per la pianificazione futura delle reti assistenziali. La pandemia ha sottolineato con forza come la capacità degli Ospedali di rispondere velocemente e con efficacia alle emergenze assistenziali, dipenda dal fatto che questi siano strutture deputate, esclusivamente, alla cura dei casi acuti con definita soglia di complessità, collegate con una rete territoriale di servizi efficace ed efficiente. L'auspicato aggiornamento del DM n. 70/2015 è attualmente in corso e dovrà necessariamente tener conto delle criticità che la pandemia ha fatto emergere in modo chiaro. Le analisi condotte in questa Sezione e in altre Sezioni del Rapporto Osservasalute possono rappresentare un utile strumento per trarre dall'esperienza della pandemia, non ancora del tutto conclusa, tutto ciò che possa servire per migliorare l'organizzazione del nostro SSN a tutti i livelli. Come noto, l'ondata pandemica ha colpito con tempi e intensità diverse le nostre regioni; inoltre, le strutture ospedaliere hanno dovuto fronteggiare ondate di iperafflusso di pazienti COVID-19 che hanno interessato soprattutto alcune discipline, a seconda del quadro clinico e della gravità. Questi risultati sembrano indicare l'applicazione di strategie organizzative regionali che in emergenza non potevano attendere l'attribuzione di nuove risorse.



se; le regioni hanno, quindi, utilizzato prevalentemente il sistema della riorganizzazione della destinazione dei PL già a loro disposizione, attivando anche, presumibilmente, percorsi assistenziali territoriali là dove fosse possibile. Il Rapporto Osservasalute raccomanda l'approfondimento di queste ipotesi con studi condotti con una appropriata e rigorosa metodologia che permetta di valutare dinamicamente nel tempo i processi organizzativi e il loro impatto sulla salute complessiva e non solo sulle patologie COVID-19 corre-

late. Questi studi dovranno comprendere anche l'analisi dei determinanti sull'elevata variabilità interregionale osservata, allo scopo di individuare eventuali strategie caratterizzate da maggior successo rispetto ad altre, ed eventuali criticità.

Riferimenti bibliografici

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



Effetti dell'emergenza COVID-19 sulla produzione di alcuni *Diagnosis Related Group* ad elevato impatto sociale

Significato. L'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 ha messo a dura prova i sistemi sanitari, chiamati a dedicare l'impegno assistenziale nelle prioritarie esigenze di contenimento della diffusione del virus e di trattamento del COVID-19.

In tutte le realtà regionali, la pianificazione strategica della risposta all'emergenza pandemica ha necessariamente comportato la sospensione dei servizi assistenziali differibili, secondo le Linee di indirizzo fornite dall'OMS (1); l'approccio che ha orientato le scelte dei decisori è stato di tipo emergenziale e si è data priorità alle condizioni cliniche che richiedevano trattamenti indifferibili (2). Alla contrazione della produzione associata all'esigenza di contenimento dell'epidemia, si è aggiunta la mancata esecuzione di un'ulteriore quota di prestazioni, ad oggi difficilmente stimabile, non effettuata per la rinuncia dei cittadini all'accesso alle strutture sanitarie dovuta alla paura del contagio. In questa Sezione si propone un contributo alla valutazione delle possibili ricadute della pandemia sui ricoveri ospedalieri per patologie ad elevato impatto

sociale, analizzate attraverso il confronto dei tassi di dimissione ospedaliera in regime di RO ed in regime diurno (DH), tra il 2020 e il 2019 e tra il 2021 e il 2019.

Le patologie valutate si riferiscono all'ambito ortopedico (protesi d'anca), oncologico (somministrazione di chemioterapia in regime di RO e DH), al diabete, all'infarto miocardico acuto e alla malattia polmonare cronica ostruttiva; per ciascuna patologia è stato considerato il DRG corrispondente come indicatore del percorso di cura necessario durante il ricovero.

L'analisi dell'indicatore e della sua variazione nei 2 anni pandemici rispetto all'anno pre-pandemico ha l'obiettivo di fornire una valutazione descrittiva dell'impatto della pandemia sull'insieme delle cure necessarie durante il ricovero per patologie ad alto impatto sociale. I risultati forniscono utili informazioni per generare ipotesi sui determinanti delle variazioni e sulla variabilità tra regioni, da saggiare in studi successivi.

Tasso di dimissioni ospedaliere per patologie ad elevato impatto sociale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 10.000$$

Dimissioni ospedaliere per Diagnosis Related Group specifico*
Popolazione media residente

*Dimissioni con DRG 88-malattia polmonare cronica ostruttiva; 121-malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze cardiovascolari dimessi vivi; 122-malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi; 123-malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti; 294-diabete età >35 anni; 295-diabete età <36 anni; 410-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta; 492-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici.

Validità e limiti. L'analisi dei dati delle SDO del Ministero della Salute basata sui DRG permette di considerare come si sono modificate le richieste/offerte di assistenza in relazione non solo alla categoria diagnosticata, ma anche in relazione all'impiego di risorse necessarie per la cura in ambito ospedaliero. È evidente che l'analisi descrittiva può solo generare ipotesi, da approfondire con studi *ad hoc* che utilizzano anche informazioni non sempre disponibili nelle basi di dati nazionali.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo presente un valore di riferimento, il confronto dei tassi specifici regionali attraverso il calcolo delle variazioni 2020-2019 e 2021-2019, consente di evidenziare quali cambiamenti la pandemia abbia determinato nell'accesso e nell'offerta delle cure ospedaliere per alcune patologie ad alto impatto sociale, soprattutto nelle classi di età maggiormente colpite dalle conseguenze gravi dell'infezione da SARS-Cov2, ma anche desti-

natarie del primo intervento vaccinale rivolto alla popolazione.

Descrizione dei risultati

Negli anni 2020 e 2021 per tutti i DRG considerati e in quasi tutte le regioni, si osserva una riduzione dei ricoveri rispetto al 2019, con un'elevata variabilità tra regioni, diversa tra i DRG considerati.

Nello specifico, la riduzione a livello nazionale rispetto al 2019 dei ricoveri per malattia polmonare cronica ostruttiva è del 45% nel 2020 e del 48% nel 2021. Nel 2020 la riduzione varia dal 63% della Basilicata al 2% della Valle d'Aosta, mentre nel 2021 dal 70% della Basilicata al 30% del Lazio (Tabella 1).

Per il DRG 121 - malattie cardiovascolari senza complicanze, nel 2020 la riduzione varia dal 66% della Valle d'Aosta al 4% del Friuli Venezia Giulia, mentre nel 2021 dal 57% del Molise all'1% della PA di Bolzano (Tabella 2).

Per il DRG 122 - malattie cardiovascolari con compli-

canze, nel 2020 la riduzione varia dal 68% del Molise al 16% del Friuli Venezia Giulia, Umbria e Abruzzo, mentre nel 2021 dal 67% del Molise al 6% della PA di Bolzano (Tabella 3).

Per il DRG 123 - malattie cardiovascolari con esito infausto, l'intervallo di variazione della riduzione è meno ampio con un massimo del 31% in Umbria nel 2020 e del 41% nelle Marche nel 2021 (Tabella 4).

Per il diabete in età >35 anni, si osserva il valore massimo di riduzione nelle Marche (60% nel 2020 e 81%

nel 2021) (Tabella 5); mentre per il diabete in età giovanile, 5 regioni nel 2020 e 9 regioni nel 2021 presentano un incremento del tasso di dimissione rispetto al 2019 (Tabella 6). Per i DRG relativi alla chemioterapia, la riduzione del tasso di dimissioni riguarda la maggior parte delle regioni, mentre si osserva un incremento sia nel 2020 che nel 2021, rispettivamente, in 4 regioni nel 2020 e 5 regioni nel 2021 per il DRG 410 e in 8 regioni per il DRG 492 per entrambi gli anni (Tabella 7, Tabella 8).

Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per malattia polmonare cronica ostruttiva (DRG 88) per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		Δ % (2020-2019)	2021		Δ % (2021-2019)
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi		Dimissioni ospedaliere	Tassi	
Piemonte	1.660	3,84	857	2,00	-48	871	2,04	-47
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	38	3,03	37	2,97	-2	24	1,94	-36
Lombardia	9.554	9,54	4.931	4,93	-48	5.146	5,17	-46
Bolzano-Bozen	473	8,90	262	4,91	-45	261	4,88	-45
Trento	287	5,27	166	3,04	-42	173	3,19	-39
Veneto	2.177	4,46	1.213	2,49	-44	1.220	2,51	-44
Friuli Venezia Giulia	946	7,83	497	4,13	-47	438	3,66	-53
Liguria	1.043	6,82	568	3,73	-45	663	4,38	-36
Emilia-Romagna	3.731	8,36	2.368	5,32	-36	2.004	4,52	-46
Toscana	1.218	3,29	732	1,98	-40	737	2,00	-39
Umbria	535	6,14	300	3,46	-44	294	3,41	-44
Marche	516	3,40	240	1,59	-53	200	1,34	-61
Lazio	2.081	3,61	1.470	2,56	-29	1.446	2,53	-30
Abruzzo	583	4,49	332	2,58	-43	252	1,97	-56
Molise	78	2,58	31	1,04	-60	37	1,26	-51
Campania	2.955	5,16	1.284	2,27	-56	996	1,77	-66
Puglia	1.462	3,69	764	1,94	-47	567	1,44	-61
Basilicata	253	4,55	92	1,68	-63	74	1,36	-70
Calabria	842	4,42	421	2,24	-49	404	2,17	-51
Sicilia	1.322	2,70	728	1,50	-45	742	1,54	-43
Sardegna	899	5,56	511	3,19	-43	367	2,31	-58
Italia	32.653	5,47	17.804	3,01	-45	16.916	2,86	-48

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.



ASSISTENZA OSPEDALIERA

465

Tabella 2 - Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze cardiovascolari dimessi vivi (DRG 121) per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		Δ % (2020-2019)	2021		Δ % (2021-2019)
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi		Dimissioni ospedaliere	Tassi	
Piemonte	873	2,02	675	1,57	-22	698	1,64	-19
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15	1,20	5	0,40	-66	15	1,21	1
Lombardia	1.587	1,58	1.198	1,20	-24	1.227	1,23	-22
Bolzano-Bozen	83	1,56	78	1,46	-6	83	1,55	-1
Trento	126	2,31	73	1,34	-42	88	1,62	-30
Veneto	669	1,37	548	1,12	-18	591	1,22	-11
Friuli Venezia Giulia	491	4,06	470	3,90	-4	450	3,76	-8
Liguria	343	2,24	266	1,75	-22	275	1,82	-19
Emilia-Romagna	1.153	2,58	912	2,05	-21	982	2,22	-14
Toscana	1.146	3,10	916	2,48	-20	756	2,06	-34
Umbria	146	1,67	117	1,35	-19	88	1,02	-39
Marche	545	3,59	405	2,69	-25	445	2,98	-17
Lazio	848	1,47	628	1,09	-26	671	1,17	-20
Abruzzo	352	2,71	293	2,28	-16	324	2,53	-7
Molise	70	2,32	31	1,04	-55	29	0,99	-57
Campania	1.099	1,92	790	1,39	-27	774	1,38	-28
Puglia	979	2,47	770	1,95	-21	646	1,64	-33
Basilicata	114	2,05	90	1,64	-20	85	1,56	-24
Calabria	510	2,68	381	2,03	-24	367	1,98	-26
Sicilia	1.004	2,05	736	1,52	-26	728	1,51	-27
Sardegna	254	1,57	219	1,37	-13	264	1,66	6
Italia	12.407	2,08	9.601	1,62	-22	9.586	1,62	-22

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.

Tabella 3 - Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi (DRG 122) per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		Δ % (2020-2019)	2021		Δ % (2021-2019)
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi		Dimissioni ospedaliere	Tassi	
Piemonte	1.348	3,12	1.050	2,45	-22	1.069	2,51	-20
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31	2,47	20	1,61	-35	23	1,86	-25
Lombardia	2.428	2,42	1.811	1,81	-25	1.765	1,77	-27
Bolzano-Bozen	205	3,86	207	3,88	1	194	3,63	-6
Trento	215	3,95	158	2,90	-27	161	2,97	-25
Veneto	1.032	2,11	852	1,75	-17	874	1,80	-15
Friuli Venezia Giulia	739	6,12	622	5,17	-16	616	5,14	-16
Liguria	506	3,31	379	2,49	-25	402	2,66	-20
Emilia-Romagna	1.886	4,23	1.426	3,20	-24	1.504	3,39	-20
Toscana	1.206	3,26	928	2,51	-23	978	2,66	-18
Umbria	306	3,51	256	2,95	-16	192	2,23	-37
Marche	646	4,26	445	2,96	-31	462	3,10	-27
Lazio	1.367	2,37	1.105	1,92	-19	996	1,74	-27
Abruzzo	391	3,01	326	2,53	-16	430	3,36	12
Molise	135	4,47	43	1,45	-68	43	1,47	-67
Campania	2.083	3,64	1.575	2,78	-24	1.533	2,73	-25
Puglia	1.592	4,02	1.228	3,11	-22	1.085	2,76	-31
Basilicata	122	2,19	95	1,73	-21	110	2,03	-8
Calabria	932	4,90	664	3,54	-28	705	3,79	-23
Sicilia	1.747	3,57	1.367	2,82	-21	1.301	2,69	-25
Sardegna	652	4,03	528	3,30	-18	552	3,47	-14
Italia	19.569	3,28	15.085	2,55	-22	14.995	2,54	-23

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.



Tabella 4 - Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti (DRG 123) per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		Δ % (2020-2019)	2021		Δ % (2021-2019)
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi		Dimissioni ospedaliere	Tassi	
Piemonte	210	0,49	158	0,37	-24	152	0,36	-27
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	6	0,48	6	0,48	1	5	0,40	-16
Lombardia	506	0,51	377	0,38	-25	378	0,38	-25
Bolzano-Bozen	31	0,58	27	0,51	-13	27	0,50	-13
Trento	37	0,68	38	0,70	3	29	0,54	-21
Veneto	278	0,57	259	0,53	-7	249	0,51	-10
Friuli Venezia Giulia	88	0,73	95	0,79	8	67	0,56	-23
Liguria	125	0,82	98	0,64	-21	104	0,69	-16
Emilia-Romagna	285	0,64	271	0,61	-5	262	0,59	-7
Toscana	166	0,45	153	0,41	-8	125	0,34	-24
Umbria	38	0,44	26	0,30	-31	26	0,30	-31
Marche	138	0,91	105	0,70	-23	80	0,54	-41
Lazio	222	0,39	157	0,27	-29	177	0,31	-20
Abruzzo	100	0,77	75	0,58	-24	78	0,61	-21
Molise	12	0,40	10	0,34	-15	12	0,41	3
Campania	176	0,31	144	0,25	-17	171	0,30	-1
Puglia	145	0,37	135	0,34	-6	122	0,31	-15
Basilicata	29	0,52	27	0,49	-6	23	0,42	-19
Calabria	74	0,39	60	0,32	-18	58	0,31	-20
Sicilia	184	0,38	170	0,35	-7	147	0,30	-19
Sardegna	77	0,48	62	0,39	-19	52	0,33	-31
Italia	2.927	0,49	2.453	0,41	-15	2.344	0,40	-19

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.

Tabella 5 - Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per diabete età > 35 anni (DRG 294) per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		Δ % (2020-2019)	2021		Δ % (2021-2019)
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi		Dimissioni ospedaliere	Tassi	
Piemonte	431	1,00	390	0,91	-9	391	0,92	-8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3	0,24	10	0,80	235	4	0,32	35
Lombardia	1.732	1,73	1.160	1,16	-33	1.160	1,16	-33
Bolzano-Bozen	216	4,06	176	3,30	-19	151	2,82	-31
Trento	136	2,50	126	2,31	-7	129	2,38	-5
Veneto	1.053	2,16	870	1,78	-17	835	1,72	-20
Friuli Venezia Giulia	218	1,80	197	1,64	-9	173	1,44	-20
Liguria	338	2,21	271	1,78	-19	278	1,84	-17
Emilia-Romagna	1.477	3,31	1.261	2,83	-14	1.153	2,60	-21
Toscana	357	0,97	302	0,82	-15	292	0,79	-18
Umbria	239	2,74	168	1,94	-29	165	1,91	-30
Marche	366	2,41	146	0,97	-60	70	0,47	-81
Lazio	1.828	3,17	1.472	2,56	-19	1.616	2,82	-11
Abruzzo	195	1,50	113	0,88	-42	100	0,78	-48
Molise	51	1,69	28	0,94	-44	37	1,26	-25
Campania	1.550	2,71	877	1,55	-43	1.054	1,87	-31
Puglia	490	1,24	303	0,77	-38	228	0,58	-53
Basilicata	83	1,49	59	1,07	-28	67	1,23	-17
Calabria	311	1,63	205	1,09	-33	217	1,17	-29
Sicilia	708	1,45	510	1,05	-27	469	0,97	-33
Sardegna	414	2,56	314	1,96	-23	327	2,06	-20
Italia	12.196	2,04	8.958	1,51	-26	8.916	1,51	-26

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.



ASSISTENZA OSPEDALIERA

467

Tabella 6 - Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per diabete età <36 anni (DRG 295) per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		Δ % (2020-2019)	2021		Δ % (2021-2019)
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi		Dimissioni ospedaliere	Tassi	
Piemonte	359	0,83	292	0,68	-18	372	0,87	5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11	0,88	13	1,04	19	7	0,57	-36
Lombardia	740	0,74	613	0,61	-17	639	0,64	-13
Bolzano-Bozen	73	1,37	54	1,01	-26	87	1,63	18
Trento	83	1,52	81	1,49	-3	83	1,53	1
Veneto	279	0,57	262	0,54	-6	289	0,59	4
Friuli Venezia Giulia	98	0,81	93	0,77	-5	95	0,79	-2
Liguria	728	4,76	706	4,64	-3	782	5,17	8
Emilia-Romagna	240	0,54	247	0,55	3	287	0,65	20
Toscana	1.123	3,04	860	2,33	-23	656	1,78	-41
Umbria	43	0,49	46	0,53	7	28	0,32	-34
Marche	379	2,50	325	2,16	-14	352	2,36	-6
Lazio	2.483	4,31	2.099	3,65	-15	2.437	4,26	-1
Abruzzo	49	0,38	43	0,33	-12	57	0,45	18
Molise	2	0,07	6	0,20	205	6	0,20	209
Campania	1.019	1,78	777	1,37	-23	967	1,72	-3
Puglia	297	0,75	181	0,46	-39	227	0,58	-23
Basilicata	18	0,32	24	0,44	35	26	0,48	48
Calabria	344	1,81	189	1,01	-44	262	1,41	-22
Sicilia	456	0,93	328	0,68	-28	381	0,79	-15
Sardegna	291	1,80	240	1,50	-17	249	1,57	-13
Italia	9.115	1,53	7.479	1,26	-17	8.289	1,40	-8

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.

Tabella 7 - Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta (DRG 410) per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		Δ % (2020-2019)	2021		Δ % (2021-2019)
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi		Dimissioni ospedaliere	Tassi	
Piemonte	8.296	19,20	7.282	16,96	-12	7164	16,79	-13
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	571	45,55	545	43,75	-4	556	44,94	-1
Lombardia	14.513	14,49	11.691	11,69	-19	12.460	12,51	-14
Bolzano-Bozen	155	2,92	117	2,19	-25	159	2,97	2
Trento	2.233	41,00	2.292	42,03	3	2.171	40,09	-2
Veneto	2.558	5,24	2.088	4,28	-18	2.124	4,37	-17
Friuli Venezia Giulia	2.742	22,69	2.114	17,56	-23	2.060	17,19	-24
Liguria	9.742	63,72	10.019	65,84	3	10.546	69,66	9
Emilia-Romagna	2.900	6,50	2.509	5,64	-13	2.963	6,69	3
Toscana	11.401	30,84	11.055	29,94	-3	11.071	30,10	-2
Umbria	1.930	22,13	1.895	21,84	-1	1.859	21,56	-3
Marche	9.795	64,59	8.497	56,44	-13	8.476	56,78	-12
Lazio	17.861	30,99	18.666	32,50	5	16.609	29,02	-6
Abruzzo	713	5,50	661	5,13	-7	665	5,20	-5
Molise	1.466	48,52	1.280	43,04	-11	1.262	43,04	-11
Campania	29.077	50,78	27.756	48,97	-4	27.878	49,57	-2
Puglia	1.722	4,34	1.653	4,19	-3	1.560	3,97	-9
Basilicata	2.380	42,81	2.242	40,82	-5	2.199	40,49	-5
Calabria	881	4,63	666	3,55	-23	569	3,06	-34
Sicilia	3.168	6,48	2.716	5,59	-14	3.248	6,72	4
Sardegna	6.630	41,00	7.945	49,63	21	8.704	54,79	34
Italia	130.734	21,89	123.689	20,91	-4	124.303	21,02	-4

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.



Tabella 8 - Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici (DRG 492) per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		Δ % (2020-2019)	2021		Δ % (2021-2019)
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi		Dimissioni ospedaliere	Tassi	
Piemonte	682	1,58	689	1,60	2	655	1,54	-3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	0,08	2	0,16	101	1	0,08	1
Lombardia	1.203	1,20	1.174	1,17	-2	1.135	1,14	-5
Bolzano-Bozen	71	1,34	54	1,01	-24	40	0,75	-44
Trento	81	1,49	94	1,72	16	93	1,72	15
Veneto	994	2,04	842	1,73	-15	732	1,51	-26
Friuli Venezia Giulia	243	2,01	190	1,58	-22	211	1,76	-12
Liguria	421	2,75	310	2,04	-26	385	2,54	-8
Emilia-Romagna	428	0,96	378	0,85	-11	460	1,04	8
Toscana	684	1,85	534	1,45	-22	506	1,38	-26
Umbria	119	1,36	81	0,93	-32	103	1,19	-12
Marche	189	1,25	139	0,92	-26	210	1,41	13
Lazio	1.269	2,20	1.050	1,83	-17	1.064	1,86	-16
Abruzzo	78	0,60	81	0,63	5	100	0,78	30
Molise	19	0,63	24	0,81	28	10	0,34	-46
Campania	610	1,07	708	1,25	17	661	1,18	10
Puglia	783	1,98	814	2,06	5	649	1,65	-16
Basilicata	42	0,76	32	0,58	-23	41	0,75	0
Calabria	350	1,84	300	1,60	-13	300	1,61	-12
Sicilia	623	1,27	672	1,38	9	661	1,37	7
Sardegna	144	0,89	86	0,54	-40	197	1,24	39
Italia	9.034	1,51	8.254	1,40	-8	8.214	1,39	-8

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dalla valutazione dei dati relativi alla variazione del numero dei dimessi per DRG nell'anno 2021 e 2020 rispetto all'anno 2019 emerge una diffusa riduzione dei ricoveri per tutti i gruppi di diagnosi considerati, presente sostanzialmente in tutte le regioni, ma con un'elevata variabilità dei decrementi. Tale riduzione appare più marcata per gli accessi correlati a pazienti con patologie cronic-degenerative (diabete e malattia polmonare cronica ostruttiva), rispetto a quelli associati ad episodi verosimilmente correlabili a necessità assistenziali più elevate, non procrastinabili e in acuzie (infarto miocardico acuto e patologie oncologiche in fase attiva). Il quadro rappresentato può trovare, nell'analisi, diverse chiavi di lettura; se da un lato è possibile ipotizzare una buona quota di riduzione di ricoveri non appropriati, in particolare per le patologie cronic-degenerative, dall'altro la riduzione generalizzata potrebbe fornire dei campanelli di allarme sia in relazione al fatto che la pandemia possa aver determinato negli utenti un comportamento di differimento di richiesta di cure per la paura del contagio in ambiente sanitario, sia anche relativamente ad una potenziale riduzione della capacità di offerta di cure da parte del sistema sanitario. Al fine di abbattere il rischio di una incapacità del sistema di garantire i bisogni assistenziali, più o meno importanti, della popolazione, a fronte di possibili nuovi fenomeni infettivi diffusivi, si ritiene fondamentale sfruttare realmente l'esperienza che il COVID-19 ha forn-

to finora per disegnare un sistema in grado di separare completamente i percorsi assistenziali e di garantire la fruizione di tutti i servizi essenziali all'utenza anche in corso di eventi (in parte) imprevedibili di natura infettiva. Secondariamente, l'esperienza del COVID-19, in ordine ad una certa quota, anche rilevante, di ricoveri inappropriati che abitualmente vengono effettuati nei nostri Ospedali e che hanno prodotto l'importante variazione del tasso di ricovero per alcune patologie, dovrebbe far porre una forte attenzione sul fenomeno, per promuovere interventi mirati al miglioramento dell'appropriatezza nell'ottica del miglioramento complessivo della qualità dell'assistenza. Ciò in quanto, come noto, un sistema di gestione volto all'erogazione appropriata delle prestazioni, determina vantaggi a 360°, con impatto su tutto il sistema, dal circuito dell'emergenza-urgenza, alla presa in carico delle patologie croniche, al tempo di erogazione delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere, senza tralasciare gli aspetti finanziari e di efficiente utilizzo delle risorse. Infine, si auspica che le progettualità in via di sviluppo nelle diverse realtà regionali e aziendali, legate all'attuazione delle Missioni 5 e 6 del PNRR (3, 4) possano contribuire al concreto potenziamento degli assetti assistenziali extraospedalieri e della medicina di prossimità e di iniziativa, per incidere in modo virtuoso sull'andamento delle patologie cronic-degenerative, sulla precocità dei trattamenti nei diversi ambiti assistenziali e sul grado di appropriatezza d'uso delle risorse ospedaliere.



Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: interim guidance, 25 March 2020.
- (2) Intesa tra il Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021.
- (3) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2021.

Disponibile sul sito:
www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf (ultima consultazione 10 maggio 2023).

- (4) Piano Nazionale Complementare (PNC) 2021. Disponibile sul sito:
www.normattiva.it/eli/id/2021/05/07/21G00070/CONSOLIDATED/20210730 (ultima consultazione 10 maggio 2023).



Interventi per frattura del collo del femore

Significato. La frattura del collo del femore è un evento frequente con un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti anziani, specialmente in presenza di comorbidità e fragilità. In Italia, l'elevato numero di anziani con età >80 anni e l'aumento dell'aspettativa di vita determinano un impatto importante sulla salute pubblica. Nel 2010, l'incidenza di fratture del collo del femore era di 189,5 per 100.000 uomini e di 498,4 per 100.000 donne di età >50 anni (1). Nel 2021 tale condizione, è stata responsabile di 93.542 ospedalizzazioni e 72.001 interventi chirurgici (2). Le indicazioni fornite dalle Linee Guida internazionali raccomandano di operare il paziente entro le prime 48 ore dall'ingresso in Ospedale, poiché gli esiti del trattamento sono migliori se si interviene precocemente (3-5). L'indicatore percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni

dal ricovero viene utilizzato per valutare la responsabilità delle strutture sanitarie nell'esecuzione dell'intervento chirurgico nei pazienti di età ≥ 65 anni e viene monitorato anche nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (6).

In Europa, nel 2019 la Danimarca e l'Olanda hanno le percentuali di interventi eseguiti entro 2 giorni più elevate, rispettivamente 97,6% e 95,4%, mentre in Lettonia e Portogallo questa percentuale scende drasticamente intorno al 40% (7).

In Italia, la percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni è migliorata progressivamente negli ultimi anni, arrivando intorno al 71% nel 2020, nonostante l'impatto della pandemia sulla *performance* relativa all'indicatore in esame. In questa Sezione viene illustrato l'andamento del valore nazionale nel periodo 2016-2021.

Proporzione di pazienti operati per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (età ≥ 65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore che abbiano subito l'intervento entro 2 giorni dal ricovero	
Denominatore	Dimissioni ospedaliere (età ≥ 65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	x 100

Validità e limiti. Il tempo di intervento rappresenta, secondo le evidenze scientifiche e come riportato nelle Linee Guida, un valido indicatore di qualità dell'assistenza clinica ed è, inoltre, correlato al miglioramento degli esiti dei pazienti di età ≥ 65 anni con frattura del collo del femore, sebbene sia necessario considerare che nella pratica clinica il tempo pre-operatorio possa essere influenzato dalla presenza di comorbidità e complicanze che potrebbero comportare un allungamento.

I dati analizzati in questa Sezione includono i ricoveri per acuti in istituti pubblici e privati accreditati, con diagnosi principale di frattura del collo del femore, con DRG chirurgico e con modalità di dimissione diversa da decesso, trasferimento ad altro istituto per acuti e dimissione volontaria. Sebbene la SDO preveda il campo "ora dell'intervento chirurgico" dal 2018, l'indicatore è stato costruito considerando gli interventi eseguiti entro 2 giorni, al fine di rendere confrontabili i dati della serie storica e da verifiche ancora in corso sulla qualità della registrazione del nuovo dato.

L'analisi dei dati mensili per gli anni 2020 e 2021 permette di individuare eventuali variazioni dell'indicatore dovute alla riorganizzazione delle attività sanitarie per rispondere all'emergenza pandemica, nonché al mutato contesto epidemiologico.

Valore di riferimento/Benchmark. Le Linee Guida non forniscono un valore univoco di riferimento per l'indicatore del tempo di intervento, poiché l'obiettivo

è quello di eseguire l'operazione quanto prima possibile. Secondo le Linee Guida del *National Institute for Health and Care Excellence*, tuttavia, un obiettivo ragionevole sarebbe di eseguire l'intervento entro 36 ore dal momento del ricovero. In Italia, il Ministero della Salute ha stabilito una soglia minima del 60% di pazienti anziani di età ≥ 65 anni operati entro 2 giorni, secondo il regolamento sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera (DM n. 70/2015).

Descrizione dei risultati

Come mostrato in Tabella 1, nel 2021, la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero si è attestata a livello nazionale al 71,2%, un +0,1 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Tuttavia, persiste una elevata variabilità tra le diverse regioni, con il Molise al 34,1% e la PA di Bolzano all'89,0%. Le regioni del Nord e del Centro hanno, in genere, *performance* superiori alla media nazionale, ad eccezione di alcune regioni come Valle d'Aosta, Liguria, Umbria e da quest'anno anche il Friuli Venezia Giulia, mentre le regioni meridionali tendono ad avere valori inferiori alla media, con l'eccezione della Puglia e della Sicilia.

Il Grafico 1 e la Tabella 1 mostrano come la *performance* stia migliorando in particolare nelle regioni meridionali. Le regioni con l'incremento più importante, tra il 2016 e il 2021, sono Campania, Puglia e Marche.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

471

Tuttavia, alcune regioni come Valle d'Aosta, Basilicata e Friuli Venezia Giulia hanno avuto un trend in riduzione negli anni considerati.

Il Grafico 2 mostra la percentuale nazionale mensile di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore nel biennio 2020-2021. Nel 2020 il dato nazionale mensile mostra un aumento del valore in esame nei mesi di febbraio e marzo, una

prima riduzione in aprile e una seconda riduzione, più marcata, in luglio. Nei mesi di novembre e dicembre il valore nazionale torna ai livelli registrati in giugno. Nel 2021 si può notare un aumento della percentuale nei mesi di febbraio e marzo, seguito da una prima riduzione in aprile e una seconda nei mesi compresi tra luglio e agosto. Nei mesi di novembre e dicembre, il valore nazionale torna ai livelli registrati tra febbraio e marzo.

Tabella 1 - Proporzione (valori per 100) di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2016-2021

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	69,0	72,6	74,8	75,2	74,5	75,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	87,0	85,0	76,5	61,8	59,3	66,1
Lombardia	67,7	74,5	75,1	74,6	75,4	75,0
Bolzano-Bozen	82,3	78,3	76,8	78,2	83,8	89,0
Trento	81,5	77,8	80,5	84,5	85,4	80,9
Veneto	72,1	77,1	74,9	72,9	76,5	76,1
Friuli Venezia Giulia	77,2	74,0	73,4	71,7	76,6	67,2
Liguria	59,2	56,9	60,3	59,7	54,3	51,6
Emilia-Romagna	74,4	77,7	75,3	79,8	78,9	79,3
Toscana	80,1	82,2	80,1	78,7	76,9	75,1
Umbria	53,5	55,5	69,1	66,1	59,7	61,3
Marche	61,6	62,2	71,7	72,0	81,4	83,3
Lazio	62,6	67,8	68,7	72,4	72,4	75,0
Abruzzo	42,5	66,2	67,0	68,7	54,7	50,0
Molise	29,1	26,9	33,2	31,6	43,6	34,1
Campania	30,0	56,3	62,0	62,8	59,4	59,8
Puglia	54,8	65,9	69,5	69,8	78,6	78,8
Basilicata	61,3	66,3	68,0	63,8	44,4	45,3
Calabria	35,9	41,3	41,3	42,9	49,6	51,7
Sicilia	71,7	74,9	71,9	71,8	75,9	79,6
Sardegna	55,3	62,3	61,3	62,4	54,7	52,4
Italia	63,0	69,7	70,7	71,1	71,1	71,2

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Proporzione (valori per 100) di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione. Anno 2021

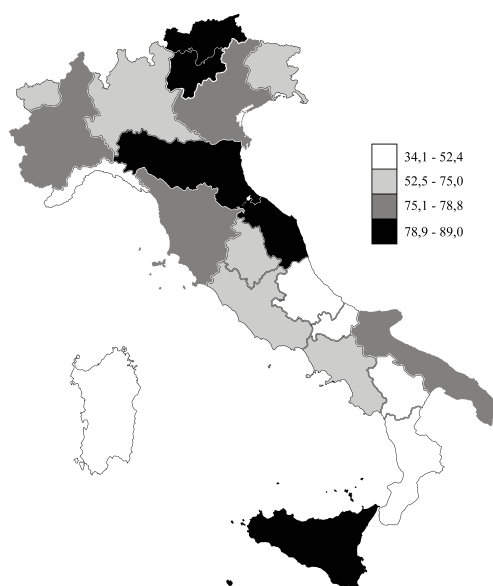
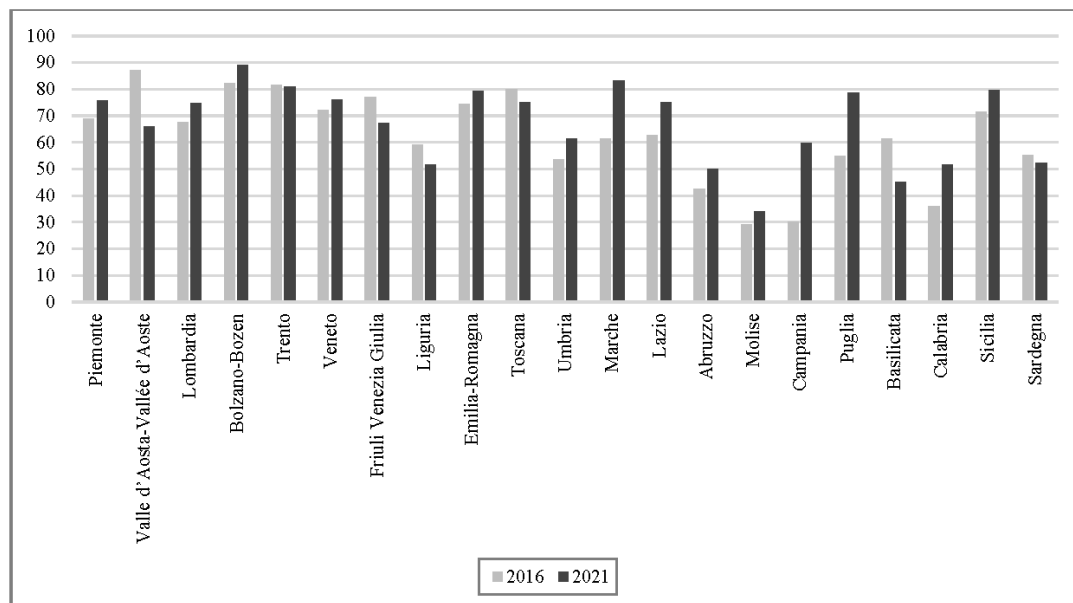
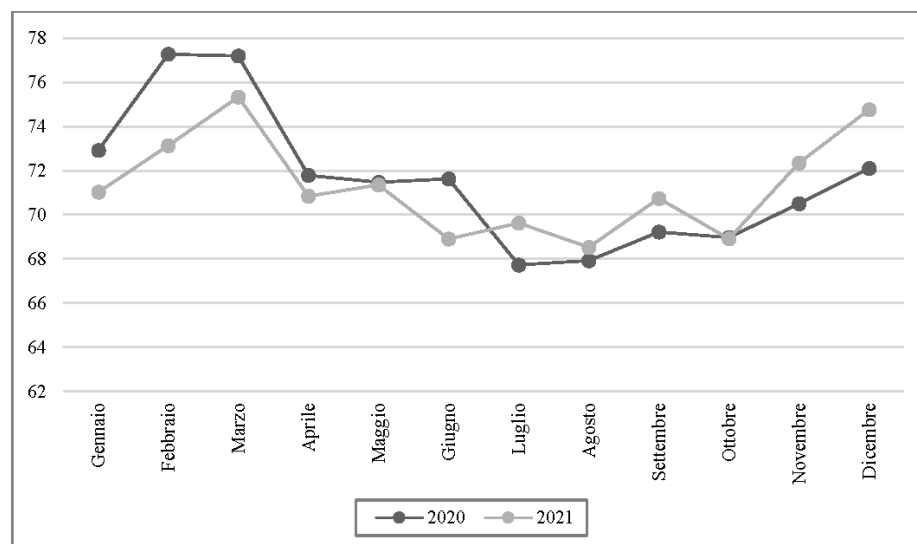


Grafico 1 - Proporzione (valori per 100) di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2016-2021



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Grafico 2 - Trend mensile della proporzione (valori per 100) di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore - Anni 2020-2021



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati di questa Sezione evidenziano come l'introduzione e il monitoraggio di specifici obiettivi di *performance* porti al miglioramento della qualità delle cure e alla riduzione della disomogeneità della presa in carico del paziente.

Allo stesso tempo è necessario sottolineare che mentre tra il 2011 e il 2017 si è passati da valori prossimi al 40% a circa il 70% di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni, a partire dal 2018 il valore in esame risulta stabile e di poco al di sopra

del 70% (8). La media nazionale, comunque, ha abbondantemente superato la soglia minima del 60% indicata dal regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera (DM n. 70/2015), anche se 7 regioni sono al di sotto di tale soglia (Liguria, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria e Sardegna).

L'analisi del dato mensile evidenzia un relativo aumento della percentuale di pazienti operati entro 2 giorni durante i mesi di febbraio e marzo 2020, seguito da una importante tendenza in riduzione in conco-

mitanza della prima ondata pandemica (aprile-maggio 2020). L'aumento relativo della capacità di intervenire tempestivamente su questi pazienti durante le primissime fasi della pandemia è, probabilmente, dovuto alla riduzione della domanda per altre condizioni sia urgenti che in elezione (9) e potrebbe essere associato con una riduzione complessiva della qualità delle cure per questi pazienti (10). La successiva riduzione nei mesi successivi può essere, invece, spiegata dalla saturazione dei servizi causata sia dal crescente numero di pazienti con COVID-19, sia dall'accumularsi di prestazioni non eseguite nei 2 mesi precedenti. Tale riduzione non è, infatti, presente durante la seconda ondata (novembre 2020) e questo comportamento può rappresentare la capacità dei servizi sanitari di aver saputo riorganizzare dei percorsi assistenziali dedicati che non risentano dell'emergenza pandemica.

L'importante riduzione della percentuale durante i mesi di giugno e agosto 2021 può essere verosimilmente imputabile a ragioni di carattere organizzativo, nonché alla necessità di dedicare spazi per il recupero degli interventi chirurgici programmati e rinviati a causa dell'emergenza pandemica. Tale necessità potrebbe essere la causa dell'andamento mensile registrato nel 2021 che evidenzia valori di *performance* medi al di sotto di quelli registrati nel 2020, ad eccezione dei mesi di novembre e dicembre.

Alla luce dei risultati presentati in questa Sezione, resta importante continuare ad identificare le cause di ritardo dell'intervento chirurgico al fine di mettere in atto azioni di miglioramento che consentano una riduzione dei tempi di attesa. Le cause possono essere di tipo clinico o organizzativo, come la disponibilità di sale e sedute operatorie da dedicare agli interventi urgenti durante tutto l'arco della settimana e la carenza di percorsi intra ed inter ospedalieri condivisi che garantiscano l'efficienza della fase di valutazione diagnostica e peri operatoria, la tempestiva gestione delle

comorbidità e la tempestiva deospedalizzazione. Un modello organizzativo in grado di migliorare la *performance* e l'omogeneità della presa in carico del paziente con frattura del femore è rappresentato dall'adozione di PDTA, che possono garantire una programmazione efficace del percorso del paziente, dalla presa in carico all'intervento chirurgico e alla successiva fase riabilitativa, con il coinvolgimento di tutti gli attori interessati.

Riferimenti bibliografici

- (1) Svedbom A, Hernlund E, Ivergård M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al. Osteoporosis in the European Union: A compendium of country specific reports. Arch Osteoporos 2013; 8. doi:10.1007/s11657-013-0137-0.
- (2) Ministero della Salute. Rapporto Annuale sull'Attività di Ricovero Ospedaliero - Dati SDO. 2021.
- (3) Swift C, Chesser T, Field A, Griffiths R, Handley R, Hertz K, et al. The management of hip fracture in adults - NICE guideline 2010: 27.
- (4) SIOT. Linea Guida SIOT Fratture del femore prossimale nell'anziano n.d.
- (5) Bhandari M, Swiontkowski M. Management of Acute Hip Fracture. N Engl J Med 2017; 377: 2.053-62. doi: 10.1056/nejmcp1611090.
- (6) Agenas Programma Nazionale Esiti - PNE Edizione 2015, Sintesi risultati 2015. (7) OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2020. 2020.
- (7) OECD Health care quality indicators. Disponibile sul sito: <https://stats.oecd.org/#>.
- (8) A cura di Walter Ricciardi e Alessandro Solipaca, Un viaggio difficile. Gli ultimi 15 anni di sanità pubblica tra equità e sostenibilità.
- (9) Golinelli D, Lenzi J, Adorno E, Gianino MM, Fantini MP. COVID-19 and regional differences in the timeliness of hip-fracture surgery: an interrupted time-series analysis. PeerJ. 2021; 9: e12046. Published 2021 Aug 31. doi: 10.7717/peerj.12046.
- (10) Golinelli D, Sanmarchi F, Capodici A, Gribaudo G, Altini M, Rosa S, Esposito F, Fantini MP, Lenzi J. Variations of the quality of care during the COVID-19 pandemic affected the mortality rate of non-COVID-19 patients with hip fracture. PLoS One. 2022 Feb 16; 17 (2): e0263944. doi: 10.1371/journal.pone.0263944. PMID: 35171967; PMCID: PMC8849602.

Ospedalizzazione con patologie ad elevato impatto sociale

Significato. L'elevata variabilità del tasso d'intervento per una specifica procedura chirurgica può essere dovuta, oltre che alla prevalenza della patologia di interesse nel contesto di riferimento, anche alla difficoltà da parte del paziente di scegliere fra le varie opzioni di trattamento, alla mancanza di un elevato consenso professionale circa le scelte terapeutiche e alla presenza di difficoltà di accesso determinate dalle disuguaglianze socio-economiche presenti tra la popolazione. Tale variabilità è, quindi, riconducibile a diversi fattori: caratteristiche socio-economiche e demografiche dei pazienti, attitudini dei professionisti e contesto istituzionale (1-4). In questa Sezione vengono analizzati e descritti nello specifico i tassi di ospedalizzazione nella popolazione di età 65 anni ed oltre riguardanti procedure terapeutiche relative a patologie ad elevato impatto sociale e ad alta prevalenza: interventi per protesi di anca, bypass coronari-

co e angioplastica coronarica. Per ognuna delle procedure prese in esame, la letteratura evidenzia tassi di ospedalizzazione molto variabili, sia in contesti internazionali che nazionali. La variabilità geografica può fornire indicazioni sulla dimensione dell'offerta, su eventuali limitazioni nell'accesso ai servizi e, indirettamente, su fenomeni di inappropriata organizzativa. Le suddette procedure sono tutte inserite tra le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale per i tempi di attesa (si vedano relativi *core indicators*), con l'obiettivo di garantire il 90% dei ricoveri programmati entro i tempi previsti dalla classe di priorità assegnata al momento dell'inserimento in lista di attesa (5, 6). Per gli anni 2020 e 2021 sono stati analizzati, per le procedure in esame, i tassi mensili nazionali, con l'obiettivo di valutare l'impatto dell'emergenza pandemica di SARS-CoV-2 sulle ospedalizzazioni per le patologie in oggetto.

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per protesi di anca

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

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per bypass coronarico

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

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per angioplastica coronarica

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

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

°Dimissioni con intervento principale o secondario 36.1x.

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

Validità e limiti. A partire dall'Intesa Stato-Regioni del 18 ottobre 2010, le tre procedure prese in esame sono state incluse nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 (5). È necessario, pertanto, interpretare i risultati tenendo conto che alcune regioni potrebbero aver rivisto le modalità di codifica di tali procedure chirurgiche, nell'intento di migliorare la qualità e la pertinenza delle relative rendicontazioni sulla base delle indicazioni normative fornite. L'età viene riportata in letteratura come principale fattore predittivo dell'utilizzo dei servizi e, a tal proposito, si

è scelto di considerare solo la popolazione di età ≥65 anni. I tassi sono calcolati per regione di residenza per cui i risultati indicano il tasso di intervento per i cittadini di una data regione indipendentemente dal luogo di erogazione delle prestazioni, quindi, la variabilità rilevata potrebbe essere, in parte, riconducibile alle differenze espresse nel precedente paragrafo in termini di differenze demografiche, epidemiologiche (incidenza e prevalenza delle patologie di interesse), di consenso professionale e di disuguaglianze nell'accesso. Per le regioni che presentano alti tassi di mobilità passiva,

questi ultimi aspetti rappresentano un ulteriore limite da tenere presente nella valutazione dei risultati.

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

Descrizione dei risultati

Protesi di anca

Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere a livello nazionale nella popolazione di età ≥ 65 anni per intervento di protesi di anca (Tabella 1, Grafico 1), nel 2021, è pari a 598,2 per 100.000. Si evidenzia, quindi, un dato in incremento rispetto al valore registrato nel 2020 pari a 525,0 per 100.000 abitanti, ma il valore rimane ben al di sotto rispetto al periodo pre-pandemico (nel 2019 era 625,3), quando il trend era crescente. Si conferma, anche nel 2021, una importante variabilità del tasso regionale di questa procedura con un *range* compreso tra il valore minimo di 407,0 per 100.000 interventi della Sardegna ed il valore massimo di 1.016,1 per 100.000 interventi della PA di Bolzano. L'analisi dei dati sottolinea un evidente gradiente geografico Nord-Sud ed Isole, con tassi al di sopra del valore nazionale in tutte le regioni settentrionali e tassi al di sotto del dato nazionale in tutte le regioni centrali e meridionali ad eccezione della Toscana. Nell'ultimo anno si apprezza, a differenza del 2020, un importante incremento del tasso di intervento della procedura in esame, in tutte le regioni, che rimane comunque inferiore al valore registrato nel 2019. Il maggiore incremento, rispetto all'anno 2020, si è registrato nella PA di Bolzano (da 745,4 a 1.016,1 per 100.000) seguito dalla Valle d' Aosta (da 650,7 a 828,7 per 100.000) e dalla Liguria (da 545,1 a 688,1 per 100.000). Solo 5 regioni presentano un tasso di ospedalizzazione superiore al 2019, ovvero PA di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Basilicata e Sardegna. L'analisi dei dati mensili (Grafico 2) evidenzia nel 2020 un netto calo delle ospedalizzazioni per protesi d'anca in concomitanza con i primi mesi dell'emergenza pandemica (marzo-aprile), nel mese di agosto e durante la seconda ondata pandemica (novembre-dicembre) e due sensibili riprese all'inizio dei primi mesi estivi (giugno-luglio), post-*lockdown* nazionale e in autunno (settembre-ottobre). Nel 2021 tale analisi mostra un tasso di intervento in leggera crescita nei periodi di gennaio-marzo e settembre-novembre, un primo decremento in aprile e due importanti decrementi in agosto e dicembre. Da evidenziare che a partire da marzo 2021 il tasso mensile di intervento per la patologia in esame è sempre più elevato, rispetto al 2020, ad eccezione dei mesi estivi di luglio e agosto.

Bypass aortocoronarico

Per quanto riguarda il tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per interventi chirurgici per bypass aortocoronarico si è registrato, nel 2021, un valore pari a 78,5 per 100.000 (Tabella 2, Grafico 3), valore in leggero aumento rispetto al 2020 (76,6 per 100.000), ma ben al di sotto rispetto al periodo pre-pandemico (nel 2019 era 100,9 per 100.000), quando il trend era già decrescente. Per questa procedura non si evidenzia un gradiente geografico, ma persiste comunque una consistente variabilità regionale ed un *range* elevato, con un valore minimo di 36,0 per 100.000 nella PA di Bolzano ed un massimo di 123,3 per 100.000 in Abruzzo. Le singole tendenze regionali indicano, tra il 2020 e il 2021 (Grafico 3), un comportamento non omogeneo. Sono presenti regioni in cui il tasso di intervento presenta un sensibile incremento, ovvero la Calabria (da 58,8 a 88,7 per 100.000), la Valle d' Aosta (da 39,8 a 62,7 per 100.000) e l'Umbria (da 47,1 a 65,7 per 100.000), mentre per altre regioni si registra un netto calo, in particolare in Molise (da 134,0 a 81,6 per 100.000) e in Friuli Venezia Giulia (da 131,5 a 114,5 per 100.000). Anche per questa procedura (Grafico 4) si è registrata nel 2020 una riduzione del tasso di ospedalizzazione durante i primi mesi dell'emergenza pandemica (marzo-aprile), nel mese di agosto e in concomitanza della seconda ondata (novembre-dicembre), alternata a due periodi di ripresa nei primi mesi dell'estate e in autunno. Nel 2021 si evidenzia un trend in lieve aumento da gennaio a giugno e nei mesi di settembre e ottobre e una riduzione del tasso nei mesi di luglio-agosto e nei mesi di novembre e dicembre. Da marzo 2021 si registrano valori mensili più alti rispetto al 2020, ad eccezione dei mesi da luglio a settembre durante i quali il tasso di intervento è sovrapponibile.

Angioplastica coronarica

Il terzo indicatore in esame si riferisce al tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per angioplastica coronarica. Nel 2021, il valore nazionale si attesta a 583,2 per 100.000 (Tabella 3, Grafico 5), in sensibile aumento rispetto al 2020 (529,8 per 100.000). L'indicatore presentava, a partire dal 2014, un trend tendenzialmente in aumento interrotto nel 2020 (Tabella 3). Nell'ultimo anno si evidenzia un nuovo incremento del tasso di ospedalizzazione che resta comunque lontano dal valore nazionale registrato nel 2019 (626,7 per 100.000 residenti). Come per gli altri indicatori precedentemente analizzati, è presente una considerevole variabilità regionale nei tassi, ma non un evidente gradiente tra le diverse aree geografiche del Paese: il *range* varia da 314,4 per 100.000 in Friuli Venezia Giulia a 1.063,1 in Valle d' Aosta. Tra il 2020 e il 2021 (Grafico 5), il tasso di

interventi aumenta in tutte le regioni, ad eccezione del Molise e della Basilicata che presentano una sensibile riduzione. La regione con l'incremento più elevato del tasso in esame è la Valle d' Aosta (da 899,7 a 1.063,1 per 100.000), seguita dalla Calabria (da 408,8 a 530,8) e dal Piemonte (da 647,4 a 756,0). La lettura congiunta dei tassi di ospedalizzazione per bypass aortocoronarico e angioplastica coronarica evidenzia che, nell'arco temporale 2014-2019, si è assistito a livello nazionale ad una riduzione del tasso di interventi per bypass aortocoronarico, tranne che in alcune regioni del Meridione, a fronte di un aumento del tasso di interventi per angioplastica coronarica in buona parte delle regioni. Tale comportamento non si è registrato nel 2020 in quanto si è verificata una generale riduzione dei tassi di entrambe le procedure. Nel 2021 si registra, a livello regionale, un comportamento disomogeneo, con 11 regioni in cui si evidenzia un incremento

per entrambi le procedure (Piemonte, Valle d' Aosta, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia), 8 regioni in cui si registra, in coerenza con quanto accaduto fino al 2019, una riduzione del tasso di interventi per bypass aortocoronarico a fronte di un aumento del tasso di interventi per angioplastica coronarica (Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Puglia e Sardegna) e 2 regioni che presentano una riduzione dei tassi per entrambe le procedure (Basilicata e Molise). Il Grafico 6 evidenzia, anche per questa procedura, la riduzione del tasso di intervento in concomitanza con le due ondate nel 2020 di casi di SARS-CoV-2. Nel 2021 si assiste a due importanti riduzioni del tasso nei mesi di luglio-agosto e a dicembre e una diminuzione più lieve in aprile.

Tabella 1 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2014-2021

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	630,0	641,5	637,9	654,1	667,1	668,2	534,2	641,0
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	908,1	953,6	856,4	823,9	934,2	848,6	650,7	828,7
Lombardia	666,1	665,9	684,6	682,9	675,5	688,2	519,7	645,0
Bolzano-Bozen	1.015,0	1.032,6	934,2	956,8	878,6	934,0	745,4	1.016,1
Trento	781,3	766,5	823,9	848,5	823,6	840,0	653,6	796,4
Veneto	723,1	724,4	738,1	728,1	727,9	762,5	658,4	707,9
Friuli Venezia Giulia	812,4	788,9	830,1	815,9	814,6	783,0	729,5	800,9
Liguria	670,9	650,1	659,0	700,2	702,9	702,5	545,1	688,1
Emilia-Romagna	682,7	704,7	705,8	721,3	719,2	727,6	610,8	675,3
Toscana	648,5	664,9	656,9	652,8	673,6	724,7	630,9	673,9
Umbria	606,4	564,5	609,1	629,6	623,3	632,7	577,1	582,9
Marche	595,8	618,2	609,7	635,1	611,7	623,0	545,7	557,6
Lazio	568,6	588,6	571,9	580,3	583,0	563,6	524,5	581,5
Abruzzo	589,6	588,9	594,9	601,2	601,1	596,5	517,5	568,3
Molise	486,1	485,1	486,1	586,1	480,1	510,6	408,7	444,7
Campania	450,4	457,2	482,4	490,3	490,9	522,8	429,1	519,3
Puglia	471,9	473,4	471,0	466,3	477,1	474,7	423,2	442,3
Basilicata	423,1	385,9	445,6	484,8	477,1	467,4	373,7	489,9
Calabria	413,9	431,1	464,6	443,1	435,9	442,4	371,8	426,5
Sicilia	431,8	449,4	443,3	450,4	421,5	464,7	411,3	446,0
Sardegna	382,7	382,2	371,8	384,7	378,6	395,9	349,2	407,0
Italia	596,4	602,8	608,6	614,3	611,7	625,3	525,0	598,2

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione. Anno 2021

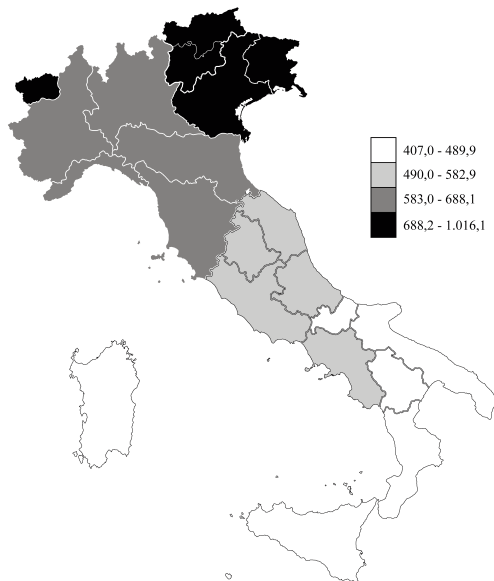
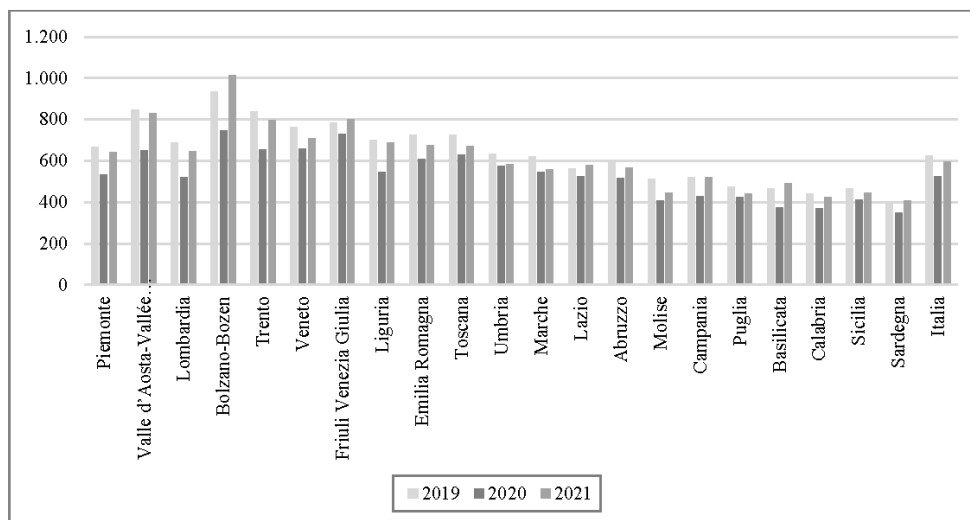
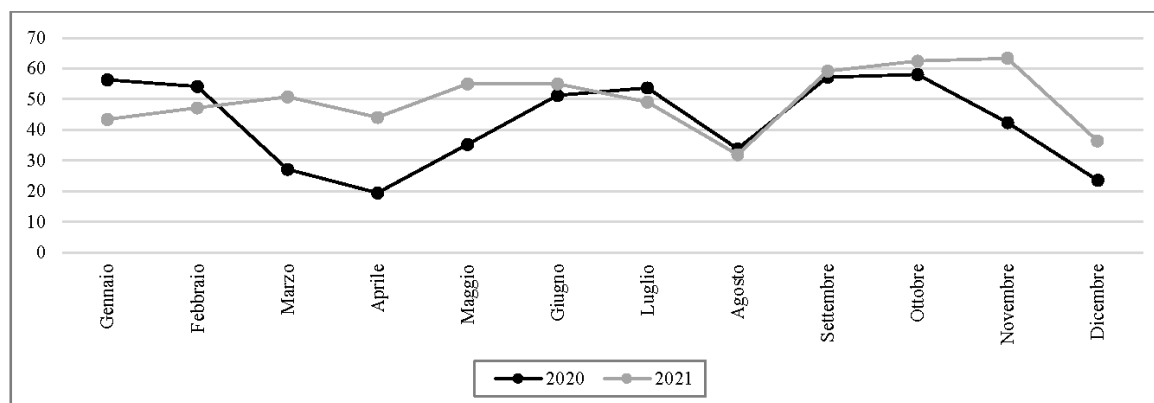


Grafico 1 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2019-2021



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Grafico 2 - Trend mensile del tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2020-2021

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Tabella 2 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2014-2021

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	100,2	91,1	89,0	86,0	85,4	77,4	60,0	63,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	77,7	62,4	44,9	71,8	71,1	77,1	39,8	62,7
Lombardia	127,0	123,0	120,1	114,8	113,4	100,4	73,0	72,3
Bolzano-Bozen	64,2	56,0	64,6	51,8	51,0	72,6	42,9	36,0
Trento	136,5	143,8	148,6	124,1	122,1	118,3	90,8	89,3
Veneto	108,9	112,5	107,6	88,6	87,5	98,2	79,1	72,5
Friuli Venezia Giulia	152,0	145,8	144,4	160,8	159,7	139,6	131,5	114,5
Liguria	87,9	84,4	93,8	80,2	80,4	80,8	60,3	64,5
Emilia-Romagna	107,3	97,8	93,1	102,4	101,9	99,5	70,7	79,7
Toscana	113,2	109,6	107,2	97,4	96,9	100,0	76,9	77,1
Umbria	85,8	69,1	78,5	62,6	62,3	65,9	47,1	65,7
Marche	106,7	95,6	108,0	113,9	113,2	87,3	72,7	64,6
Lazio	107,9	92,8	97,4	92,0	91,0	102,3	87,1	90,8
Abruzzo	121,0	124,5	134,8	155,9	154,5	142,1	114,3	123,3
Molise	125,0	128,4	113,0	141,8	140,8	170,6	134,0	81,6
Campania	129,4	130,0	119,7	118,3	116,6	112,5	82,5	94,7
Puglia	133,1	132,7	131,3	130,4	128,5	131,6	100,3	96,4
Basilicata	90,5	79,4	116,6	115,5	114,4	91,6	90,5	88,8
Calabria	110,3	120,3	129,5	139,0	137,3	141,3	58,8	88,7
Sicilia	92,2	85,5	89,1	90,7	89,7	85,0	64,3	66,9
Sardegna	82,3	71,9	74,1	64,2	62,9	63,0	58,2	46,8
Italia	112,3	107,4	107,3	104,5	103,4	100,9	76,6	78,5

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione. Anno 2021

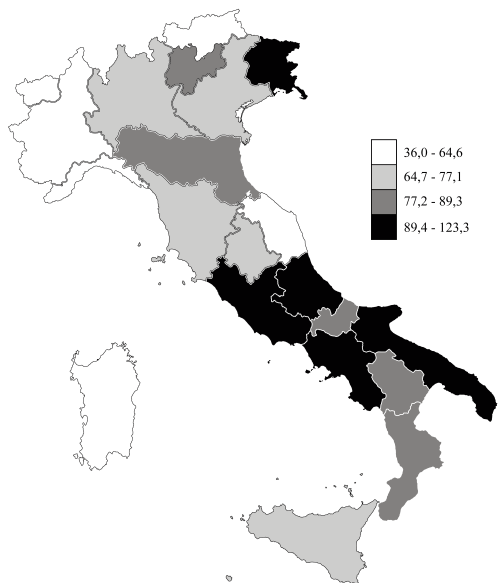
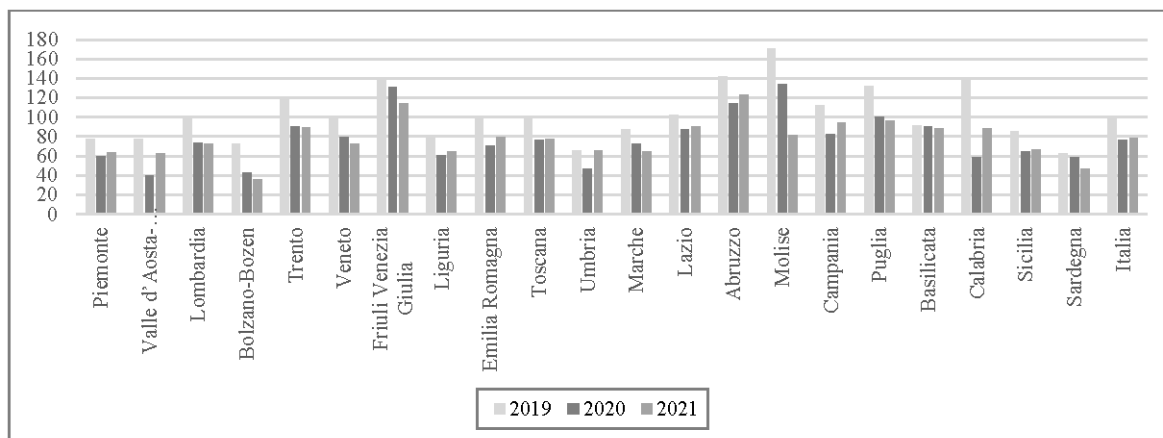
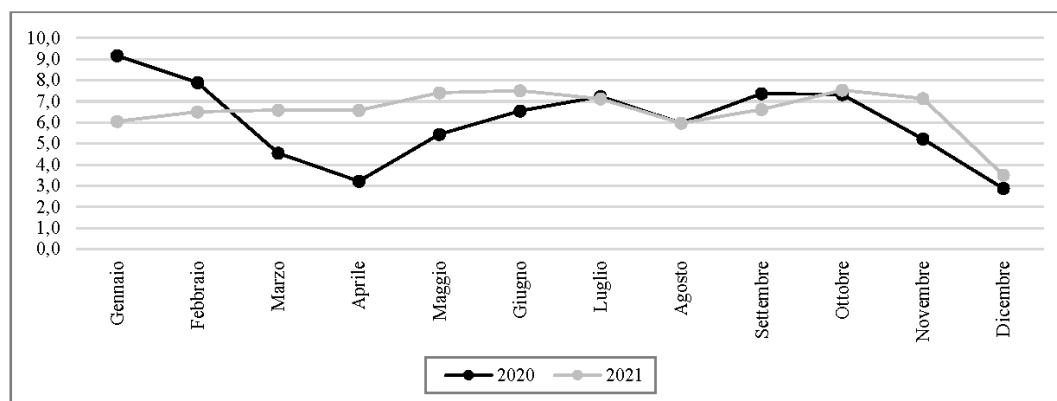


Grafico 3 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2019-2021



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Grafico 4 - Trend mensile del tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2020-2021



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Tabella 3 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2014-2021

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	678,3	707,5	730,3	740,1	735,2	760,3	647,4	756,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	692,6	762,9	939,3	676,9	670,2	1.012,9	899,7	1.063,1
Lombardia	684,6	705,1	728,3	729,1	720,2	746,5	597,7	694,8
Bolzano-Bozen	463,5	414,1	435,3	432,1	426,0	446,2	361,2	374,0
Trento	464,4	453,8	481,3	457,0	449,6	533,3	410,2	475,2
Veneto	516,2	515,0	553,5	451,4	445,7	565,9	501,4	529,8
Friuli Venezia Giulia	287,8	275,3	298,6	317,8	315,5	325,3	293,1	314,4
Liguria	456,3	447,1	453,1	481,3	481,9	533,2	453,6	521,6
Emilia-Romagna	613,6	607,4	607,6	587,9	584,7	556,7	486,4	527,5
Toscana	542,6	549,4	558,3	587,3	584,1	602,3	482,8	503,4
Umbria	593,5	579,9	602,3	623,7	620,6	600,6	517,5	548,9
Marche	445,4	459,3	503,3	506,2	503,1	521,6	435,3	457,9
Lazio	579,0	585,0	585,3	615,1	608,6	590,1	545,4	584,3
Abruzzo	369,1	435,4	452,2	508,1	503,6	484,0	427,2	467,8
Molise	504,2	550,7	679,5	668,5	663,9	357,3	581,1	527,6
Campania	643,6	634,1	667,0	666,5	657,0	719,9	619,9	683,0
Puglia	576,1	592,7	606,5	633,2	624,0	656,7	557,0	560,6
Basilicata	464,6	505,4	467,2	561,5	556,3	659,2	578,7	542,7
Calabria	437,1	457,8	530,5	512,0	505,9	603,1	408,8	530,8
Sicilia	607,3	617,7	636,6	639,6	632,6	653,0	538,9	584,4
Sardegna	393,6	391,6	413,1	370,9	363,5	388,1	342,5	362,8
Italia	575,0	584,3	605,2	604,5	598,4	626,7	529,8	583,2

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione. Anno 2021

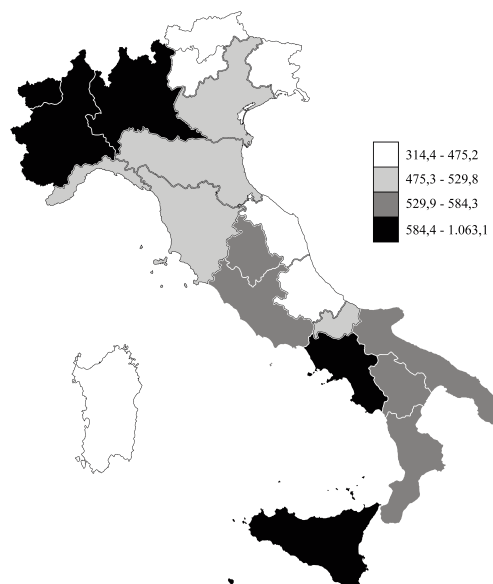
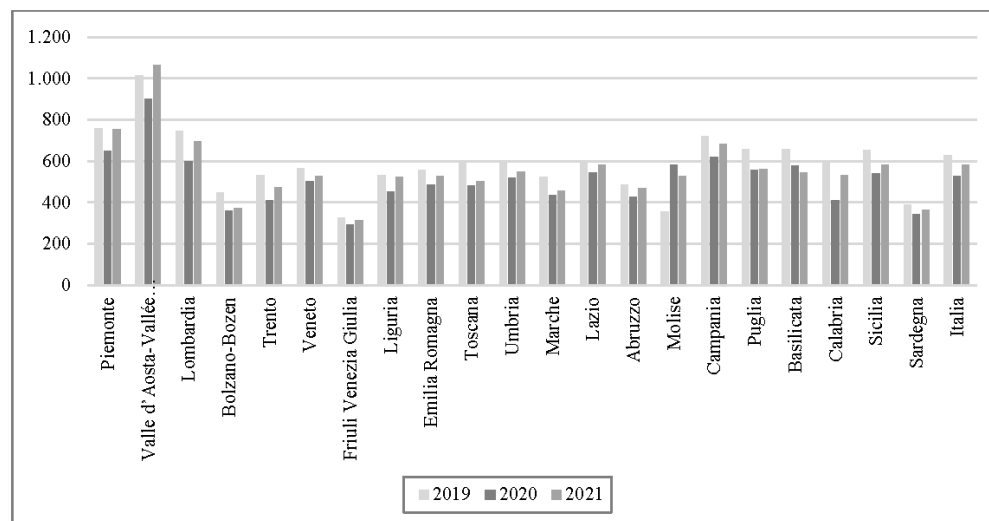
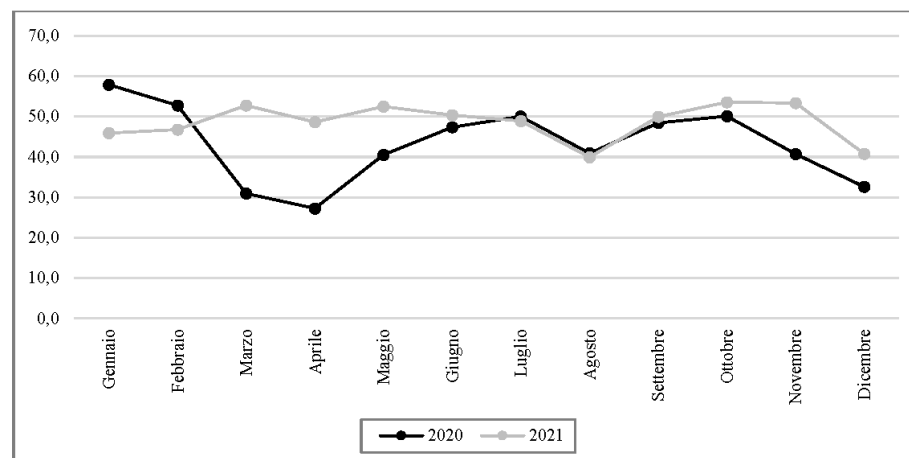


Grafico 5 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2019-2021



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Grafico 6 - Trend mensile del tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2020-2021



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei tassi di dimissione ospedaliera per intervento chirurgico per alcune procedure particolarmente frequenti e di riconosciuta efficacia nella popolazione di età ≥ 65 anni ed oltre segnala come l'utilizzo delle tre procedure ad alto impatto sociale sopra descritte continuino a manifestare una elevata variabilità regionale, con situazioni limite che riflettono condizioni di effettivo "overuse" e "underuse" delle procedure stesse.

È importante sottolineare che gli indicatori misurano la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate e, inoltre, non consentono di analizzare la domanda "insoddisfatta", dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni

sanitarie e, comunque, rappresentativa di un bisogno di salute della popolazione. Per garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorre stabilire se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni sia da attribuire a differenze epidemiologiche delle patologie correlate alle procedure chirurgiche in esame (diversa incidenza delle patologie), ad un sotto o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o amplificare le possibilità di accesso alle prestazioni oppure a determinanti non sanitari connessi all'erogazione delle prestazioni, tra cui anche fattori correlati alla sfera professionale e alla capacità di scelta dei pazienti. Per ciascuna delle procedure considerate, le variazioni possono essere imputabili a fattori diversi: per le protesi di anca, ad esempio, la let-

teratura riporta un'associazione proporzionalmente inversa con situazioni di svantaggio socio-economico e di deprivazione; sarebbe, quindi, auspicabile che nelle regioni in cui si registrano basse *performance* il fenomeno sia valutato con attenzione, al fine di avviare azioni volte a migliorare l'equità nell'accesso ai servizi (1), ovvero di contrastare fenomeni di eventuale sovra utilizzo della procedura. Per le altre due procedure prese in esame (angioplastica coronarica e bypass coronarico) la variabilità potrebbe essere correlata anche alle caratteristiche dell'offerta (disponibilità di adeguate strutture specialistiche) e al comportamento dei clinici rispetto alle indicazioni di eleggibilità previste dalle Linee Guida per i quadri patologici considerati (1).

Nel 2020 si è assistito, per tutte e tre le procedure in esame, ad una riduzione dei tassi di intervento in concomitanza delle due ondate pandemiche (marzo-aprile e novembre-dicembre). I servizi sanitari regionali hanno dovuto riorganizzare i diversi *setting* ospedalieri per accogliere l'elevatissimo numero di pazienti con infezione da SARS-CoV-2 e garantire percorsi sicuri e separati, al fine di evitare la diffusione del virus. Questo ha causato, per diversi mesi, la sospensione dell'attività ambulatoriale e chirurgica programmata e di conseguenza un drammatico calo dei volumi di attività in elezione e l'incremento dei tempi di attesa. Nel 2021, anche grazie alla suddetta riorganizzazione, si è assistito ad una importante ripresa dei tassi di ospedalizzazione per le patologie in esame. La riduzione dei tassi mensili di intervento nei mesi di agosto e dicembre e, in parte in aprile, è verosimilmente legata a motivi di tipo organizzativo più che all'andamento pandemico. Anche la lettura congiunta dei tassi di angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico può fornire ulteriori elementi di discussione per studiare il fenomeno della variabilità interregionale. Infatti, ad eccezione del 2020 e in parte del 2021, la riduzione del tasso di dimissione per bypass coronarico, a livello nazionale e nella maggior parte delle

regioni, è stata generalmente correlata all'aumento del tasso di dimissione per angioplastica. Nel 2020 c'è stata una riduzione generalizzata dei tassi di intervento per entrambe le procedure, mentre nel 2021 le regioni hanno avuto un comportamento disomogeneo. La crescita, tra il 2020 e il 2021, molto meno marcata del tasso di dimissioni per bypass coronarico rispetto al tasso per angioplastica può far pensare che nei prossimi anni si ripeteranno i trend registrati fino al 2019. Alla luce di queste considerazioni, sarebbe utile incentivare le regioni che presentano gli scostamenti più elevati a valutare, in dettaglio, i fenomeni rilevati allo scopo di comprenderne l'origine e promuovere specifiche azioni per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa. È da valutare nei prossimi anni l'impatto che il continuo monitoraggio dei tempi di attesa in ambito nazionale e regionale e le azioni volte a migliorare l'accesso alle specifiche prestazioni chirurgiche potranno avere in termini di riduzione della variabilità regionale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Variation in Health care, the good, the bad and the inexplicable. The King's Fund. Anno 2011.
- (2) Whetterholm M., Turkiewicz A., Stigmar K., Hubertsson J., Englund M. The rate of joint replacement in osteoarthritis depends on the patient's socioeconomic status. *Acta Orthopædica* 2016; 87 (3): 245-251.
- (3) Judge A., Welton N.J., Sandhu J., Ben-Shlomo Y. Equity in access to total joint replacement of the hip and knee in England: cross sectional study. *BMJ* 2010; 341: c4092doi: 10.1136/bmj.c4092.
- (4) King W., Lacey A., White J., Farewell D., Dunstan F., Fone D. Equity in healthcare for coronary heart disease, Wales (UK) 2004-2010: A population-based electronic cohort study. *Plos one* 12 (3): e0172618. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172618>.
- (5) Intesa tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.
- (6) Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021.

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

Significato. Nel corso degli anni si è progressivamente ridotto il ricorso al ricovero ospedaliero per quelle prestazioni e condizioni cliniche che possono essere affrontate con pari efficacia e maggiore appropriatezza in altri *setting*. Tale processo è stato gradualmente favorito, in particolare, dalla disponibilità di nuove tecnologie sanitarie e dal potenziamento dei servizi territoriali. L'art. 41 del DCPM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza" (1) individua i criteri di appropriatezza per l'utilizzo del Day Surgery, definendo appropriati quei ricoveri in Day Surgery per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguite in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente. Il DPCM prevede, quindi, che l'erogazione delle prestazioni

elencate in Tabella 1 avvenga preferenzialmente in regime ambulatoriale. In questa Sezione vengono analizzati, per il triennio 2019-2021, i volumi, le giornate di degenza e la durata media di degenza dei ricoveri erogati in RO o Day Surgery per prestazioni "a rischio di inappropriately"; vengono, inoltre, analizzati il tasso di dimissioni per prestazioni chirurgiche considerate a rischio di inappropriately se erogate in regime di Day Surgery e di RO, calcolato sulla popolazione media residente. Per gli anni 2020 e 2021 è stato calcolato, per le prestazioni in esame, il volume mensile erogato in RO e Day Surgery. Questo con l'obiettivo di valutare l'impatto dell'emergenza pandemica di SARS-CoV-2 sulla produttività legata alle prestazioni sopracitate.

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

Numeratore	Dimissioni in regime di Day Surgery e di Ricovero Ordinario per prestazioni chirurgiche potenzialmente inappropriate*	x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente	

*Sono state considerate solo le Schede di Dimissione Ospedaliera con *Diagnosis Related Group* chirurgico con una delle prestazioni elencate in Tabella 1 inserita come intervento principale.

Validità e limiti. I dati presentati in questa Sezione consentono di confrontare la situazione nazionale dal 2019 al 2021 riguardante i volumi di prestazioni definite a rischio di inappropriately dal DCPM del 12 gennaio 2017 ed ancora erogate in regime di Day Surgery o di RO. Vengono, quindi, considerate le prestazioni per cui dovrà essere programmato e attuato il trasferimento verso il *setting* ambulatoriale, con la precisazione che le procedure elencate nell'Allegato 6B del DPCM (Tabella 1) comprendono anche prestazioni che possono dare luogo ad un ricovero con DRG di tipo medico e che tali ricoveri sono stati esclusi dal calcolo degli indicatori.

Gli indicatori forniscono informazioni sull'appropriatezza organizzativa, ma non sulla qualità della prestazione erogata. L'interpretazione dei risultati deve, inoltre, tenere in considerazione i possibili effetti connessi alla mobilità sanitaria, *in primis* quello relativo ad un ipotizzabile maggior ricorso al RO per facilitare l'accessibilità da parte di utenti extraregione. Pur considerando ciò, non risulta possibile verificare se un tasso di ospedalizzazione contenuto, per le prestazioni in esame, sia dovuto ad un adeguato trasferimento di tali prestazioni verso il regime ambulatoriale o ad eventuali limitazioni nell'accesso, in particolare durante i 2 anni di pandemia, ai servizi

e/o a fenomeni di sotto-diagnosi, così come va tenuto in considerazione che un tasso elevato potrebbe, invece, essere spiegato da eventuali facilitazioni nell'accesso ai servizi e/o da fenomeni di sovra-diagnosi. Difatti, allo stato attuale, non possono ancora essere utilizzati i dati del sistema Tessera Sanitaria relativi alle prestazioni ambulatoriali erogate dal SSN e non è, quindi, possibile stabilire con precisione la quota delle procedure effettivamente erogate in tale *setting* assistenziale. Per tale motivo, allo scopo di ottenere una misura *proxy* dell'appropriatezza relativa alla gestione di tali procedure chirurgiche, sono state considerate tutte le dimissioni a livello nazionale e regionale da RO e Day Surgery delle prestazioni indicate nel DPCM rapportandole alla popolazione residente. L'obiettivo degli indicatori è quello di mappare lo scenario attuale, identificando i ricoveri che, secondo il recente riferimento normativo, potrebbero essere erogati in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo presenti standard normativi di riferimento, si può assumere che le regioni che presentano i tassi più bassi forniscano una concreta evidenza della possibilità

di aderire alle indicazioni del DCPM e andrebbero, quindi, considerate come standard di riferimento.

Descrizione dei risultati

Nel 2021, in Italia sono stati effettuati 17.132 ricoveri in RO e 15.401 ricoveri in Day Surgery potenzialmente erogabili in regime ambulatoriale rispetto a quanto definito dal DCPM (Tabelle 2, Tabella 3). I dati 2021 evidenziano un trend in crescita rispetto al 2020 (15.055 ricoveri in regime di RO e 12.742 ricoveri in Day Surgery), probabilmente anche per la ripresa delle attività e dei volumi complessivi dei ricoveri e delle prestazioni dopo l'emergenza sanitaria.

La Tabella 2 e la Tabella 3 mostrano oltre ai ricoveri, anche le giornate di degenza e la degenza media per prestazioni erogate in regime di RO o Day Surgery e "a rischio di inappropriatazza". A livello nazionale, le giornate di degenza complessive per prestazioni a rischio di inappropriatazza sono, nel 2021, 73.251 in RO e 20.987 in Day Surgery, entrambi i valori sono in aumento rispetto al 2020 (67.662 in RO e 17.074 in Day Surgery). La degenza media per i RO è, nel 2021, di 4,3 giorni, ovvero in lieve calo sia rispetto al 2019 (4,4 giorni) che al 2020 (4,5 giorni). Il numero di accessi medi per ricoveri in Day Surgery è, nel 2021, di 1,4, ovvero in lieve aumento rispetto al 2020 e uguale al valore registrato nel 2019.

Complessivamente, a livello nazionale, il tasso di dimissione per prestazioni "a rischio di inappropriatazza" con DRG chirurgico, nel 2021, è pari a 0,55 per 1.000 residenti ed è lievemente in aumento rispetto al 2020 (0,46 per 1.000 residenti). Il valore resta comunque inferiore rispetto al dato registrato nel 2019 (0,72 per 1.000 abitanti). Il tasso di dimissioni in RO, nel 2021, è pari allo 0,29 per 1.000 (0,25 per 1.000 nel 2020), mentre in Day Surgery è di 0,26 per 1.000 nel 2021 (0,21 per 1.000 nel 2020) (Tabella 4).

Nel 2021 la quota di ricoveri potenzialmente inappropriati erogati in RO rispetto al totale è pari al 52,66%, quindi in riduzione rispetto al 2020 (54,35%), ma leggermente superiore rispetto al dato del 2019 (50,51%) (Tabella 5). Questa percentuale a livello regionale è compresa tra il 30,38% della PA di Trento e il 90,23% della Puglia. La presenza, in alcune realtà regionali, di

percentuali elevate di ricoveri in RO potenzialmente inappropriati fa supporre che le politiche e le strategie per favorire un corretto ed efficiente utilizzo delle strutture, che da diversi anni animano il dibattito nazionale, non abbiano ancora visto applicazione concreta.

Il confronto tra i dati 2020 e 2021 (Grafico 1, Grafico 2, Grafico 3) evidenzia un lieve incremento dei tassi di ricovero, complessivi e per regime di ricovero, in tutte le regioni, ad eccezione della PA di Trento e del Friuli Venezia Giulia per cui si registra una riduzione per i ricoveri in RO. Contestualmente, permane una notevole variabilità regionale. Infatti, il tasso complessivo è compreso tra lo 0,32 per 1.000 della Calabria e lo 0,84 per 1.000 dell'Abruzzo. Il *range* regionale per il tasso di dimissione in regime di RO è compreso tra lo 0,18 per 1.000 della PA di Trento e lo 0,44 del Molise. Per quanto riguarda i ricoveri in regime di Day Surgery, il tasso varia dallo 0,04 per 1.000 della Puglia allo 0,48 per 1.000 della Sardegna.

Il Grafico 4 e il Grafico 5 mostrano l'andamento dei dati mensili nel 2020 e nel 2021 in RO e Day Surgery. Nel 2020 si evidenzia un netto calo di ricoveri per le prestazioni in esame, in particolare in regime di Day Surgery, in concomitanza con i primi mesi dell'emergenza pandemica (marzo-aprile), nel mese di agosto e durante la seconda ondata pandemica (novembre-dicembre), mentre si registrano due sensibili riprese all'inizio dei primi mesi estivi (giugno-luglio) dopo il *lockdown* nazionale, e in autunno (settembre-ottobre). Nel 2021 si registra, per entrambe le componenti, un numero di ricoveri in crescita tra gennaio e marzo, un lieve calo in aprile, seguito da un nuovo incremento che termina in agosto, mese in cui si verifica una importante riduzione dei volumi erogati. Da settembre in poi si evidenzia un nuovo lieve incremento dei tassi in esami e una nuova riduzione nel mese di dicembre. Il confronto dei volumi mensili nei 2 anni in esame evidenzia un numero di ricoveri maggiore a partire dal mese di marzo nel 2021 rispetto al 2020, con l'importante eccezione dei mesi di luglio e agosto per il RO e dei mesi che vanno da luglio a settembre per il Day Surgery. Nel complesso i volumi erogati nel 2021, sia in RO che in Day Surgery, risultano superiori a quelli del 2020.

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

Codice	Prestazione
04.43	Liberazione del tunnel carpale
04.44	Liberazione del tunnel tarsale
08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)
08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)
13.19	Altra estrazione intracapsulare del cristallino
13.2	Estrazione extracapsulare di cataratta con tecnica di estrazione lineare
13.3	Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice
13.4x	Estrazione extracapsulare di cataratta con tecnica di frammentazione e aspirazione
13.70, 13.71	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo
13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale
13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato
53.0x	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta
53.2x	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi
53.4x	Riparazione di ernia ombelicale con o senza protesi
77.56, 77.57	Riparazione di dito a martello/artiglio
80.2x	Artroscopia per tutte le sedi
81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto
81.75	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto
84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano
84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice
84.11	Amputazione di dita del piede
98.51	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica (comprende tutte e tre le prestazioni sottoindicate)
98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale
98.51.2	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale
98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica

Fonte dei dati: Allegato 6B DCPM 12 gennaio 2017. Anno 2022.

Tabella 2 - Ricoveri (valori assoluti), giornate di degenza (valori assoluti) e degenza media (valori in giorni) in regime di Ricovero Ordinario per prestazioni "a rischio di inappropriately" per regione - Anni 2019-2021

Regioni	Ricoveri			Giornate di degenza			Degenza media		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Piemonte	2.023	1.280	1.507	6.964	4.700	5.752	3,4	3,7	3,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	73	48	47	405	237	400	5,5	4,9	8,5
Lombardia	3.241	1.872	2.396	16.989	10.022	10.964	5,2	5,4	4,6
Bolzano-Bozen	184	164	164	1.232	883	843	6,7	5,4	5,1
Trento	253	145	96	1.064	654	466	4,2	4,5	4,9
Veneto	1.923	1.433	1.603	9.026	6.258	7.533	4,7	4,4	4,7
Friuli Venezia Giulia	454	353	285	1.768	1.181	1.217	3,9	3,3	4,3
Liguria	600	384	421	2.883	1.790	2.365	4,8	4,7	5,6
Emilia-Romagna	2.090	1.436	1.546	8.838	6.208	7.134	4,2	4,3	4,6
Toscana	1.666	1.068	1.229	4.897	3.860	4.005	2,9	3,6	3,3
Umbria	397	274	278	1.636	1.223	1.066	4,1	4,5	3,8
Marche	740	522	545	2.459	1.927	1.847	3,3	3,7	3,4
Lazio	1.324	975	1.196	5.536	3.836	4.488	4,2	3,9	3,8
Abruzzo	557	500	534	2.318	2.188	2.322	4,2	4,4	4,3
Molise	150	125	130	928	783	689	6,2	6,3	5,3
Campania	2.014	1.428	1.767	8.955	7.258	7.452	4,4	5,1	4,2
Puglia	1.537	1.147	1.349	5.837	4.789	5.002	3,8	4,2	3,7
Basilicata	178	104	113	985	492	391	5,5	4,7	3,5
Calabria	668	395	451	2.447	1.604	1.805	3,7	4,1	4,0
Sicilia	1.076	900	925	7.984	6.179	5.739	7,4	6,9	6,2
Sardegna	650	502	550	2.109	1.590	1.771	3,2	3,2	3,2
Italia	21.798	15.055	17.132	95.224	67.662	73.251	4,4	4,5	4,3

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Tabella 3 - Ricoveri (valori assoluti), giornate di degenza (valori assoluti) e degenza media (valori in giorni) in regime di Day Surgery per prestazioni "a rischio di inappropriatelyzza" per regione - Anni 2019-2021

Regioni	Ricoveri			Giornate di degenza			Degenza media		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Piemonte	1.554	841	833	1.554	887	836	1,0	1,1	1,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	30	15	14	30	15	14	1,0	1,0	1,0
Lombardia	4.524	2.487	3.283	4.685	2.584	3.343	1,0	1,0	1,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>240</i>	<i>183</i>	<i>199</i>	<i>263</i>	<i>199</i>	<i>208</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>	<i>1,0</i>
<i>Trento</i>	<i>256</i>	<i>171</i>	<i>220</i>	<i>285</i>	<i>186</i>	<i>233</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>
Veneto	943	709	814	1.309	875	1.056	1,4	1,2	1,3
Friuli Venezia Giulia	435	317	282	639	341	303	1,5	1,1	1,1
Liguria	416	236	309	465	267	366	1,1	1,1	1,2
Emilia-Romagna	1.730	1.075	1.236	1.963	1.186	1.413	1,1	1,1	1,1
Toscana	1.852	1.174	1.287	1.852	1.177	1.297	1,0	1,0	1,0
Umbria	376	228	255	417	228	255	1,1	1,0	1,0
Marche	553	393	472	553	393	473	1,0	1,0	1,0
Lazio	2.089	1.602	1.603	4.536	2.971	3.012	2,2	1,9	1,9
Abruzzo	639	455	544	987	726	896	1,5	1,6	1,6
Molise	57	87	111	61	88	113	1,1	1,0	1,0
Campania	2.987	1.316	1.886	6.678	2.830	4.062	2,2	2,2	2,2
Puglia	292	133	146	439	188	186	1,5	1,4	1,3
Basilicata	86	32	68	123	35	72	1,4	1,1	1,1
Calabria	263	169	153	375	222	317	1,4	1,3	2,1
Sicilia	1.053	577	918	2.135	1.116	1.746	2,0	1,9	1,9
Sardegna	984	542	768	1.012	560	786	1,0	1,0	1,0
Italia	21.359	12.742	15.401	30.361	17.074	20.987	1,4	1,3	1,4

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Tabella 4 - Tasso (valori per 1.000) di dimissione per prestazioni "a rischio di inappropriatelyzza" erogate in regime di Day Surgery e in Ricovero Ordinario sulla popolazione residente per regione - Anni 2019-2021

Regioni	Ricoveri			Day Surgery			Totale		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Piemonte	0,47	0,29	0,35	0,36	0,19	0,19	0,83	0,48	0,55
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,58	0,38	0,38	0,24	0,12	0,11	0,82	0,50	0,49
Lombardia	0,32	0,19	0,24	0,45	0,25	0,33	0,77	0,43	0,57
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,35</i>	<i>0,31</i>	<i>0,31</i>	<i>0,45</i>	<i>0,35</i>	<i>0,37</i>	<i>0,80</i>	<i>0,66</i>	<i>0,68</i>
<i>Trento</i>	<i>0,47</i>	<i>0,27</i>	<i>0,18</i>	<i>0,47</i>	<i>0,32</i>	<i>0,40</i>	<i>0,94</i>	<i>0,59</i>	<i>0,58</i>
Veneto	0,39	0,29	0,33	0,19	0,14	0,17	0,58	0,44	0,50
Friuli Venezia Giulia	0,38	0,29	0,24	0,36	0,26	0,23	0,74	0,55	0,47
Liguria	0,39	0,25	0,28	0,27	0,15	0,20	0,66	0,40	0,48
Emilia-Romagna	0,47	0,32	0,35	0,39	0,24	0,28	0,86	0,56	0,62
Toscana	0,45	0,29	0,33	0,50	0,31	0,35	0,95	0,60	0,68
Umbria	0,45	0,31	0,32	0,43	0,26	0,29	0,88	0,57	0,61
Marche	0,49	0,34	0,36	0,36	0,26	0,31	0,85	0,60	0,68
Lazio	0,23	0,17	0,21	0,36	0,27	0,28	0,59	0,44	0,49
Abruzzo	0,43	0,38	0,41	0,49	0,35	0,42	0,92	0,73	0,84
Molise	0,49	0,41	0,44	0,19	0,28	0,37	0,68	0,69	0,81
Campania	0,35	0,25	0,31	0,52	0,23	0,33	0,87	0,47	0,64
Puglia	0,39	0,28	0,34	0,07	0,03	0,04	0,46	0,32	0,38
Basilicata	0,32	0,18	0,21	0,15	0,06	0,12	0,47	0,24	0,33
Calabria	0,35	0,20	0,24	0,14	0,09	0,08	0,49	0,29	0,32
Sicilia	0,22	0,18	0,19	0,21	0,11	0,19	0,43	0,29	0,38
Sardegna	0,4	0,30	0,34	0,61	0,33	0,48	1,01	0,63	0,82
Italia	0,36	0,25	0,29	0,36	0,21	0,26	0,72	0,46	0,55

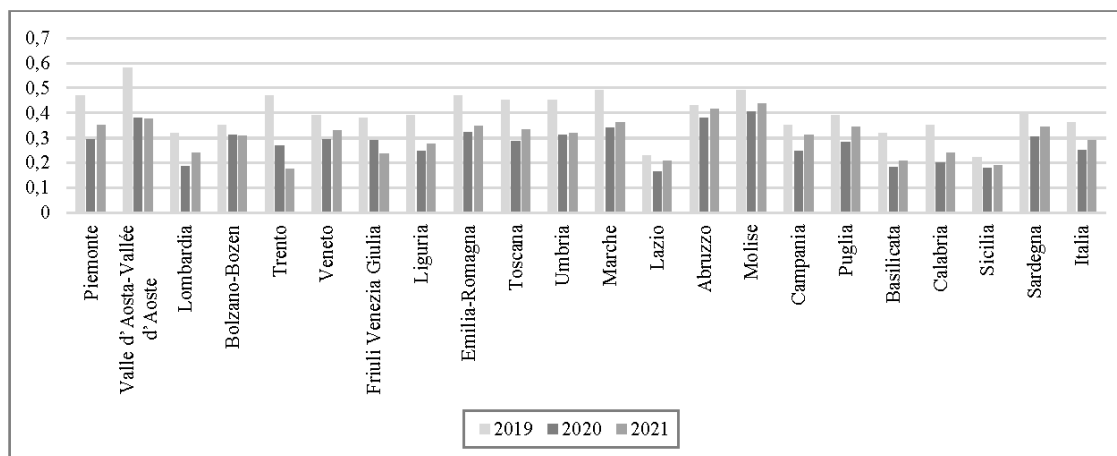
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.



ASSISTENZA OSPEDALIERA

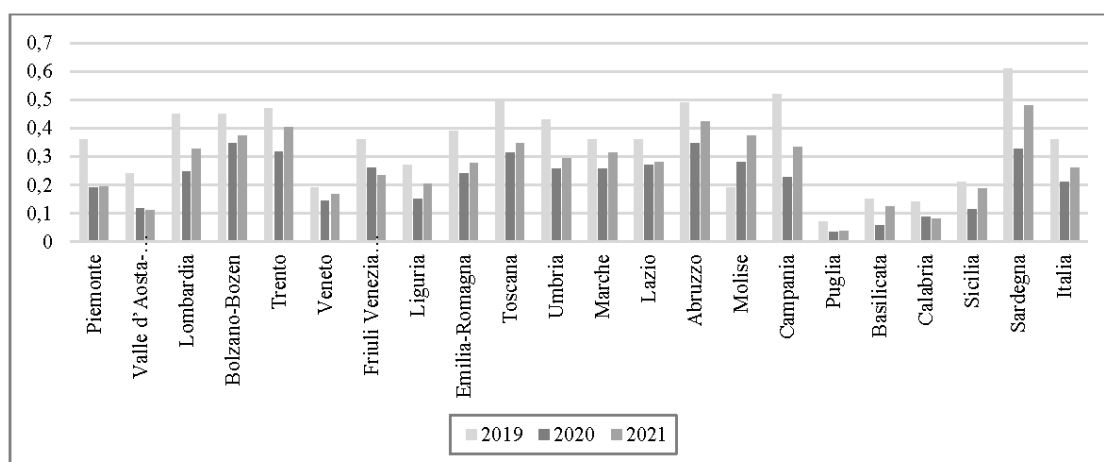
487

Grafico 1 - Tasso (valori per 1.000) di dimissioni per prestazioni “a rischio inappropriately” erogate in regime di Ricovero Ordinario sulla popolazione residente per regione - Anni 2019-2021



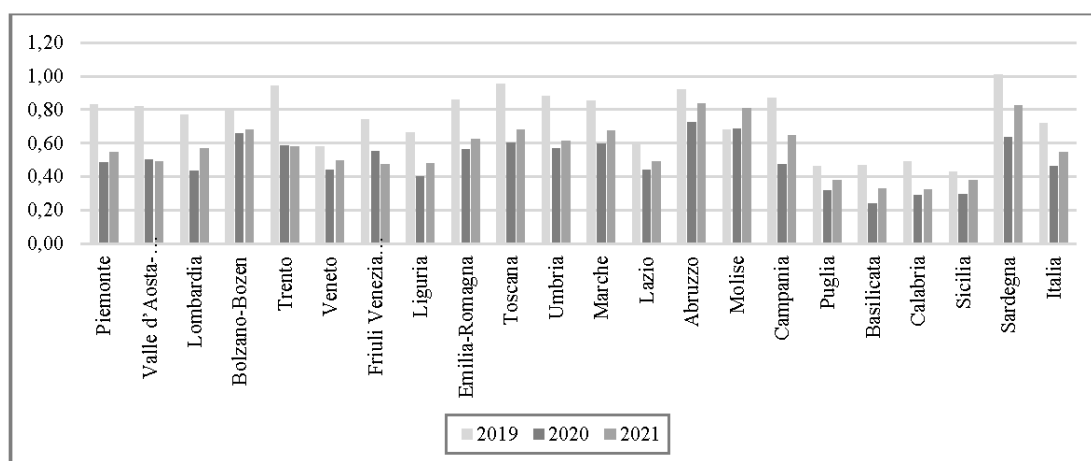
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Grafico 2 - Tasso (valori per 1.000) di dimissioni per prestazioni “a rischio inappropriately” erogate in regime di Day Surgery sulla popolazione residente per regione - Anni 2019-2021



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Grafico 3 - Tasso (valori per 1.000) di dimissioni per prestazioni “a rischio inappropriately” erogate in regime di Ricovero Ordinario e di Day Surgery sulla popolazione residente per regione - Anni 2019-2021



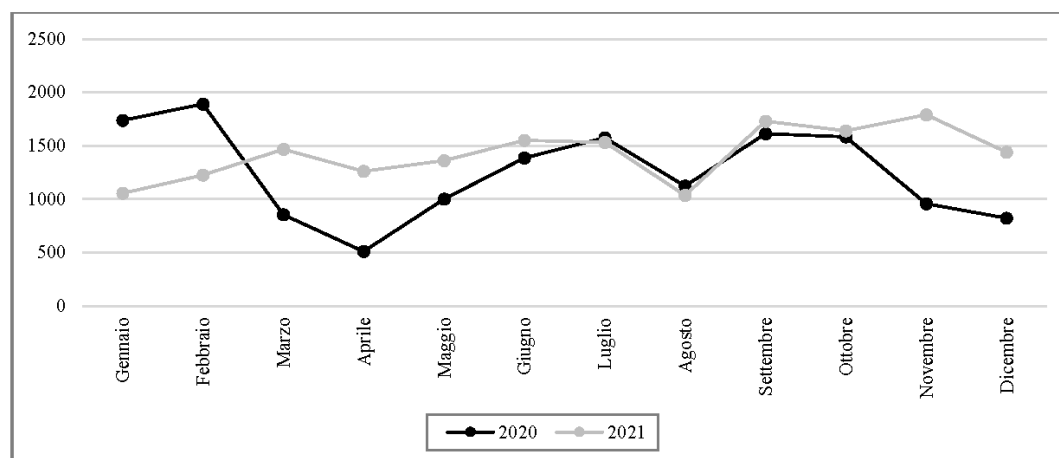
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.



Tabella 5 - Ricoveri Ordinari (valori per 100) sul totale dei ricoveri per prestazioni "a rischio inappropriata" per regione - Anni 2019-2021

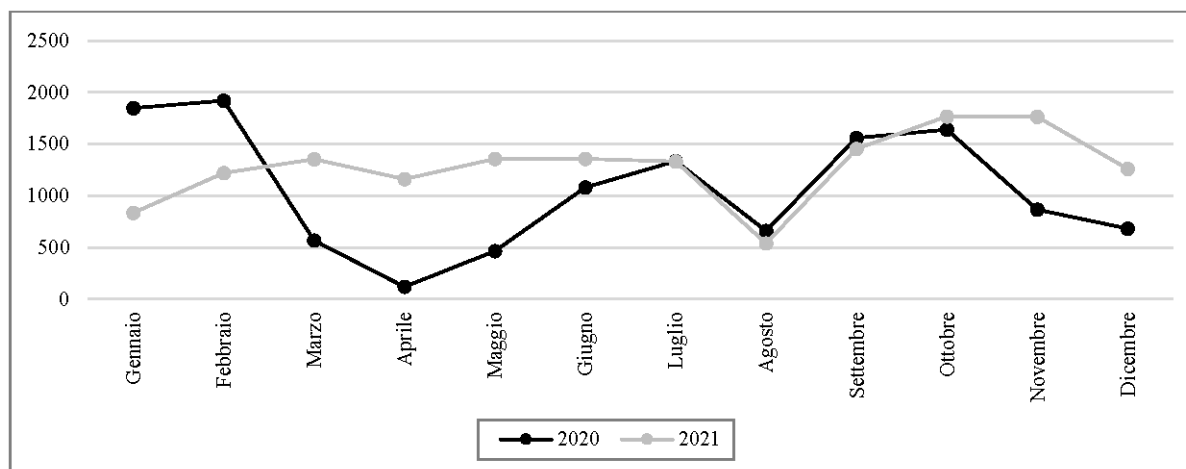
Regioni	2019	2020	2021
Piemonte	56,56	60,42	64,40
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	70,87	76,00	77,05
Lombardia	41,74	43,18	42,19
Bolzano-Bozen	43,40	46,97	45,18
Trento	49,71	45,76	30,38
Veneto	67,10	67,44	66,32
Friuli Venezia Giulia	51,07	52,73	50,26
Liguria	59,06	62,50	57,67
Emilia-Romagna	54,71	57,14	55,57
Toscana	47,36	48,33	48,85
Umbria	51,36	54,39	52,16
Marche	57,23	56,67	53,59
Lazio	38,79	38,64	42,73
Abruzzo	46,57	52,05	49,54
Molise	72,46	59,42	53,94
Campania	40,27	52,08	48,37
Puglia	84,03	90,32	90,23
Basilicata	67,42	75,00	62,43
Calabria	71,75	68,97	74,67
Sicilia	50,54	62,07	50,19
Sardegna	39,78	47,62	41,73
Italia	50,51	54,35	52,66

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Grafico 4 - Trend mensile del tasso (valori per 1.000) di dimissioni per prestazioni "a rischio inappropriata" erogate in regime di Ricovero Ordinario sulla popolazione residente per regione - Anni 2020-2021

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Grafico 5 - Trend mensile del tasso (valori per 1.000) di dimissioni per prestazioni “a rischio inappropriatezza” erogate in regime di Day Surgery sulla popolazione residente per regione - Anni 2020-2021



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

A partire da marzo 2017 le regioni e le PA hanno dovuto, sulla base delle indicazioni contenute nel DCPM del 12 gennaio 2017, programmare e mettere in atto strategie e misure adeguate al fine di incentivare il trasferimento dal regime di Day Surgery e di RO al *setting* ambulatoriale degli interventi chirurgici elencati nell'Allegato 6B. Il buon esito delle azioni programmate e ancora da introdurre dovrebbe consentire, da un lato la riduzione del numero di ricoveri contribuendo alla riduzione del tasso di ospedalizzazione generale e ad un più appropriato utilizzo dei posti letto per una casistica più complessa, dall'altro di non condizionare/subordinare l'esecuzione di tali interventi alla disponibilità dei posti letto stessi. Il recupero di efficienza e di risorse assistenziali potrebbe avere come effetto immediato un aumento di produttività relativa delle strutture e, di conseguenza, anche una possibile riduzione delle liste di attesa. L'analisi mostra come alcune regioni abbiano normato o fornito indicazioni, pur con sensibili differenze regionali, per attuare un progressivo trasferimento delle prestazioni analizzate dal regime di Day Surgery a quello ambulatoriale. Nel dettaglio si evidenzia, comunque, per il 2019, un tasso di ricovero ancora elevato per le prestazioni prese in esame, di cui una buona parte svolto in regime di RO. La successiva importante riduzione dello stesso avutosi nel 2020 può essere spiegata dal contesto epidemiologico in cui tutte le regioni si sono trovate costrette a riorganizzare i

diversi *setting* ospedalieri a causa dell'emergenza pandemica di SARS-CoV-2 e l'incremento registrato nel 2021 supporta tale ipotesi. Come evidenziato, inoltre, poco più della metà dei ricoveri per prestazioni a rischio di inappropriatezza viene ancora erogata in RO. L'impegno delle regioni, quindi, dovrà continuare, nel breve e medio termine, per favorire il trasferimento di tali attività dal regime di RO e di Day Surgery a quello ambulatoriale individuando le modalità più idonee per ridurre l'inappropriatezza. Al fine di perseguire tale obiettivo, sarà necessaria l'adozione di adeguati percorsi condivisi tra professionisti, che consentano anche un'appropriata selezione della casistica da trattare in regime ambulatoriale, nonché il corretto utilizzo delle opportunità offerte dalle nuove tecnologie, sia nella pratica clinica che nell'organizzazione dei percorsi di cura; ove opportuno, i diversi livelli di responsabilità gestionale dovranno garantire l'allestimento e la funzionalità degli assetti strutturali ed organizzativi dedicati alle attività di ricovero a ciclo breve. Il mancato ricovero per l'esecuzione degli interventi oggetto di esame dovrà, inoltre, essere sostituito da un adeguato supporto, clinico ed assistenziale, da parte dei servizi territoriali.

Riferimenti bibliografici

(1) Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017, Allegato 6B. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A0201.

Tempi di attesa per interventi chirurgici per protesi d'anca

Significato. Gli interventi chirurgici per protesi d'anca sono tra le procedure ospedaliere ad elevato impatto sociale e alta prevalenza che vengono monitorate nel Rapporto Osservasalute in riferimento alla popolazione di età 65 anni ed oltre. I tempi di attesa per questi interventi vengono valutati per classe di priorità (A, B, C, D) secondo i criteri definiti nel Piano

Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 (1). L'indicatore si pone l'obiettivo di esaminare il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi di protesi d'anca per ciascuna delle classi di priorità individuate dal medico al momento della prenotazione dell'operazione chirurgica.

Interventi chirurgici di protesi d'anca effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità

$$\text{Numeratore} = \frac{\sum_{i=0}^n \text{Numero di interventi prenotati in una Classe ed eseguiti nella tempistica definita nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa}^*}{\sum_{i=0}^m \text{Numero totale di interventi prenotati nella Classe}} \times 100$$

*Classe A = entro 30 giorni, Classe B = entro 60 giorni, Classe C = entro 180 giorni, Classe D = entro 12 mesi.

Validità e limiti. Per il calcolo dell'indicatore sono state utilizzate le SDO 2019-2021 del Ministero della Salute utilizzate sulla base del protocollo presente nel PNGLA 2019-2021. Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri (1). Sono escluse dal calcolo degli indicatori le SDO per le quali la differenza tra la data di prenotazione e quella di intervento è pari a 0 giorni e/o >365 giorni. Gli indicatori relativi al rispetto dei tempi di attesa sono descritti per le Classi di priorità A, B e C; non si analizzano i valori di Classe D in quanto, per le condizioni di inclusione/esclusione delle SDO, la percentuale sarebbe sempre uguale a 100%.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento per questo indicatore è pari al 100% perché tutte le strutture dovrebbero garantire il rispetto della tempistica definito dalla Classe di priorità assegnata all'intervento.

Descrizione dei risultati

Per gli interventi chirurgici di protesi d'anca, le regioni utilizzano Classi di priorità differenti (Grafico 1, Grafico 2, Grafico 3). Nove regioni utilizzano prevalentemente la Classe A (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Marche, PA di Bolzano, Puglia, Sicilia e Umbria), 4 regioni la Classe B (Basilicata, Piemonte, Toscana e Valle d'Aosta), 6 regioni la Classe C (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Molise e PA di Trento), 2 regioni la Classe D (Sardegna

e Veneto). Si evidenzia come la maggioranza degli interventi per la protesi d'anca nelle regioni meridionali sia in Classe di priorità A, mentre nel Nord del Paese le Classi prevalenti sono la B e la C.

Classe A

Nel 2021 a livello nazionale il 71,61% degli interventi di protesi d'anca in Classe A sono stati effettuati nel rispetto dei tempi di attesa (entro 30 giorni dalla prenotazione). L'indicatore è in aumento sia rispetto al periodo pre-pandemia (65,94% nel 2019), sia rispetto al 2020 (68,52%), nonostante il numero di interventi sia aumentato da 13.579 nel 2019 a 15.534 nel 2021.

Il rispetto dei 30 giorni per eseguire l'intervento di protesi d'anca, programmato in Classe di priorità A, non è sempre garantito in tutte le regioni. Nel 2019 la regione che meno di tutte ha rispettato i tempi di attesa è la Basilicata (26,44%) inoltre, tale regione nello stesso anno ha classificato la maggior parte delle operazioni in questa Classe di priorità. La regione con un rispetto maggiore dei tempi di attesa è, invece, la Calabria (91,58%), che tuttavia presenta una bassa numerosità della casistica rispetto alla domanda dei propri cittadini. Il Lazio ha il maggiore numero d'interventi in questa Classe e un valore dell'indicatore superiore alla media (67,37%).

Nel 2020 la maggioranza delle regioni manifesta un miglioramento dell'andamento del rispetto dei tempi di attesa dovuto anche ad una diminuzione di interventi programmati nell'anno, in conseguenza della pandemia da COVID-19. Le regioni che mostrano un incremento maggiore sono la Toscana (+18,8 punti percentuali) e la Sardegna (+17,2 punti percentuali), mentre le regioni che registrano un notevole peggioramento sono il Friuli Venezia Giulia (-16,6 punti percentuali) e la PA di Bolzano (-13,6 punti percentuali) (Tabella 1).

Nel 2021 la Basilicata lascia l'ultimo posto della classifica sul rispetto dei tempi di attesa, probabilmente anche grazie ad un differente utilizzo delle Classi di priorità (maggior parte degli interventi in Classe B). Rispetto al 2019 la regione con un decremento maggiore è il Friuli Venezia Giulia (-23,9 punti percentuali), mentre quella con un aumento maggiormente significativo (oltre alla Basilicata) è la Sardegna (+33,5 punti percentuali) (Tabella 1).

Le 9 regioni che utilizzano prevalentemente la Classe di priorità A (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Marche, PA di Bolzano, Puglia, Sicilia e Umbria) hanno un andamento costante nel triennio 2019-2021 con una percentuale sempre al di sopra del 60%.

Classe B

Nel 2021 a livello nazionale il 73,51% degli interventi di protesi d'anca in Classe B sono stati effettuati nel rispetto dei tempi di attesa (entro 60 giorni dalla prenotazione). L'indicatore era diminuito da 66,24% a 63,20% tra il 2019 e il 2020.

Gli interventi di protesi d'anca in Classe B presentano delle percentuali sul rispetto dei tempi di attesa molto vicine a quelle relative alla Classe A per tutte le regioni. Nel 2019 la *performance* migliore è stata realizzata dalla Valle d'Aosta che ha eseguito in 60 giorni tutti gli interventi programmati in Classe B. Si registrano percentuali sul rispetto dei tempi di attesa molto elevate anche in Calabria 95,38% e Veneto 85,84%. Le percentuali più basse si manifestano in Basilicata 33,33% e Piemonte 42,09%, nonostante facciano prevalentemente uso della Classe B per programmare gli interventi di protesi d'anca. Le altre 2 regioni che utilizzano principalmente questa Classe sono la Toscana e la Valle d'Aosta che presentano percentuali, rispettivamente, pari a 58,62% e 100,00% (Tabella 2).

Nel 2020 e nel 2021 si registra un miglioramento generale dei tempi d'attesa, in particolare in Sardegna (+38,3 punti percentuali 2021-2019), Abruzzo (+23,6 punti percentuali 2021-2019) e Lazio (+21,7 punti percentuali 2021-2019). Si nota che grazie alla modifica dell'utilizzo della Classe di priorità per l'intervento di protesi d'anca nel 2020 e nel 2021 la Basilicata registra miglioramenti nel rispetto dei tempi di attesa con un incremen-

to pari a 18,0 punti percentuali nel 2020 e 38,9 punti percentuali nel 2021 rispetto all'anno 2019.

I decrementi maggiori si registrano nel 2020 in Valle d'Aosta (-17,2 punti percentuali) e Liguria (-16,0 punti percentuali), nel 2021 entrambe le regioni presentano dei miglioramenti. Nel 2021 la diminuzione maggiore si osserva nella PA di Trento (-9,1 punti percentuali).

Classe C

Nel 2019, a livello nazionale, la maggior parte degli interventi di protesi d'anca sono stati programmati con Classe di priorità C e, inoltre, si nota che i tempi di attesa (entro 180 giorni dalla prenotazione) sono stati rispettati nell'87,85% dei casi. Nel 2020 e 2021 tale valore si è ridotto, rispettivamente, a 81,70% e 83,84% nonostante siano contestualmente diminuiti gli interventi (da 15.116 nel 2019 a 11.155 nel 2021).

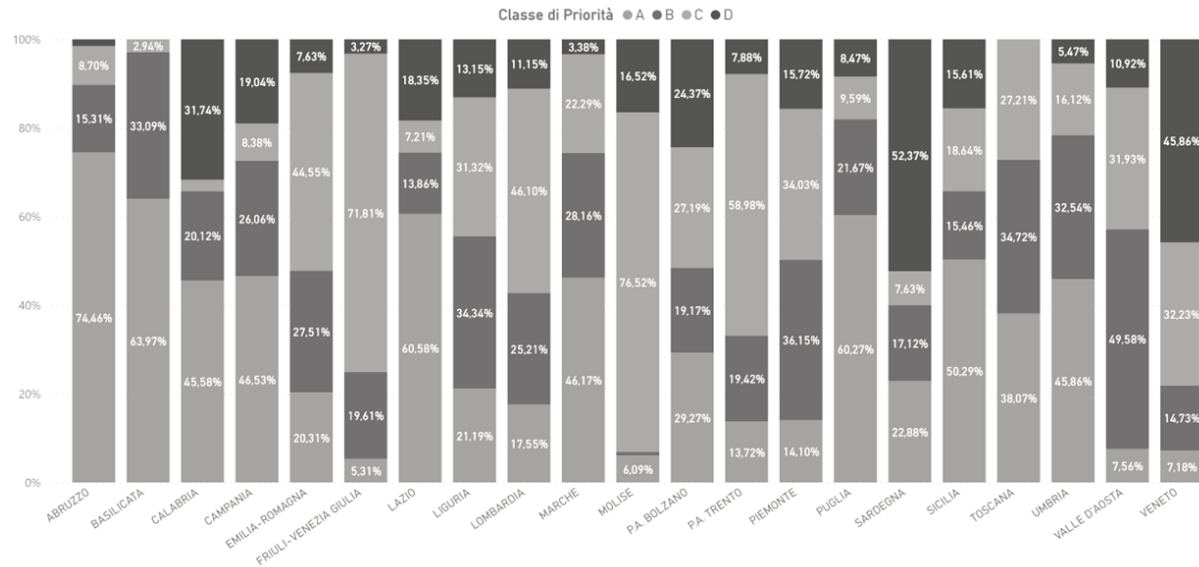
Nel 2019, le regioni variano da un minimo del 68,34% del Lazio ad un massimo di 100,00% in Molise e Valle d'Aosta. Nelle 6 regioni che utilizzano prevalentemente la Classe C si registrano *performance* molto elevate in: Molise (100,00%), PA di Trento (99,75%), Liguria (93,31%), Emilia-Romagna (84,76%), Lombardia (83,45%) e Friuli Venezia Giulia (76,79%).

Nel 2020, le 6 regioni sopra citate manifestano una diminuzione delle percentuali sul rispetto delle tempistiche relative alla Classe di priorità, in particolare in Friuli Venezia Giulia (-18,9 punti percentuali) ed Emilia-Romagna (-17,2 punti percentuali). La regione che, invece, mostra un miglioramento importante è la Sardegna (+22,2 punti percentuali).

Nel 2021 il numero degli interventi effettuati e la percentuale sul rispetto dei tempi di attesa sono tornati ad essere molto simili a quelli del 2019, con 9 regioni oltre il 90% (Molise, PA di Trento, PA di Bolzano, Umbria, Veneto, Campania, Marche, Lazio e Toscana). Le regioni con le percentuali più basse per la Classe C sono Basilicata e Calabria, che hanno un basso numero di interventi in questa Classe di priorità. Rispetto al 2020, nel 2021 i miglioramenti del rispetto dei tempi di attesa si osservano principalmente nel Lazio (+21,8 punti percentuali) e in Friuli Venezia Giulia (+20,5 punti percentuali), mentre i peggioramenti in Calabria (-26,3 punti percentuali) e in Sardegna (-11,1 punti percentuali).

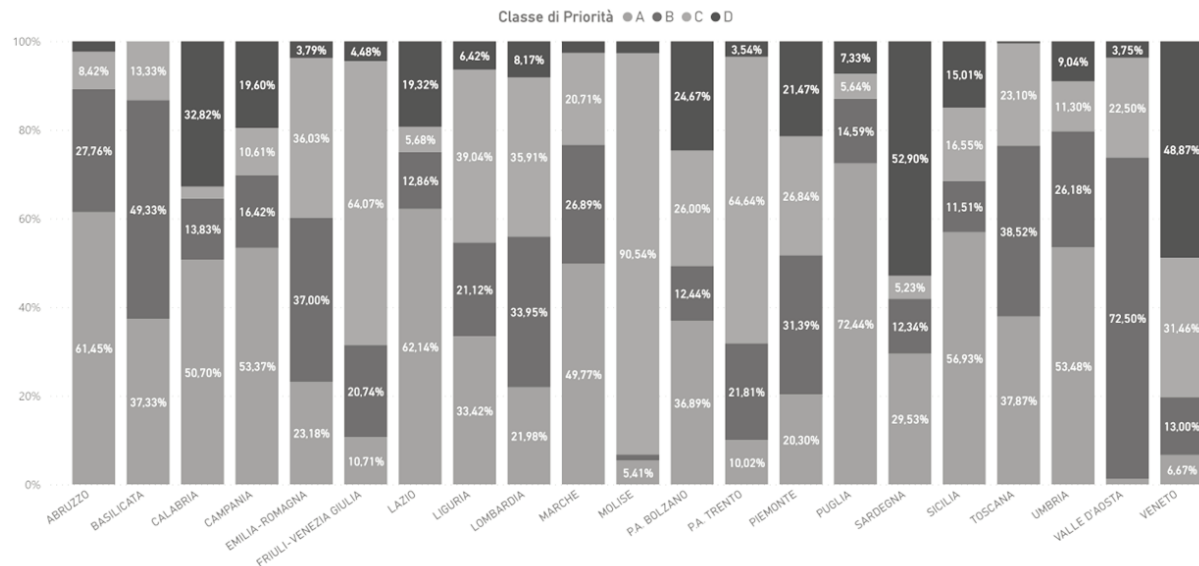


Grafico 1 - Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di protesi d'anca per regione - Anno 2019



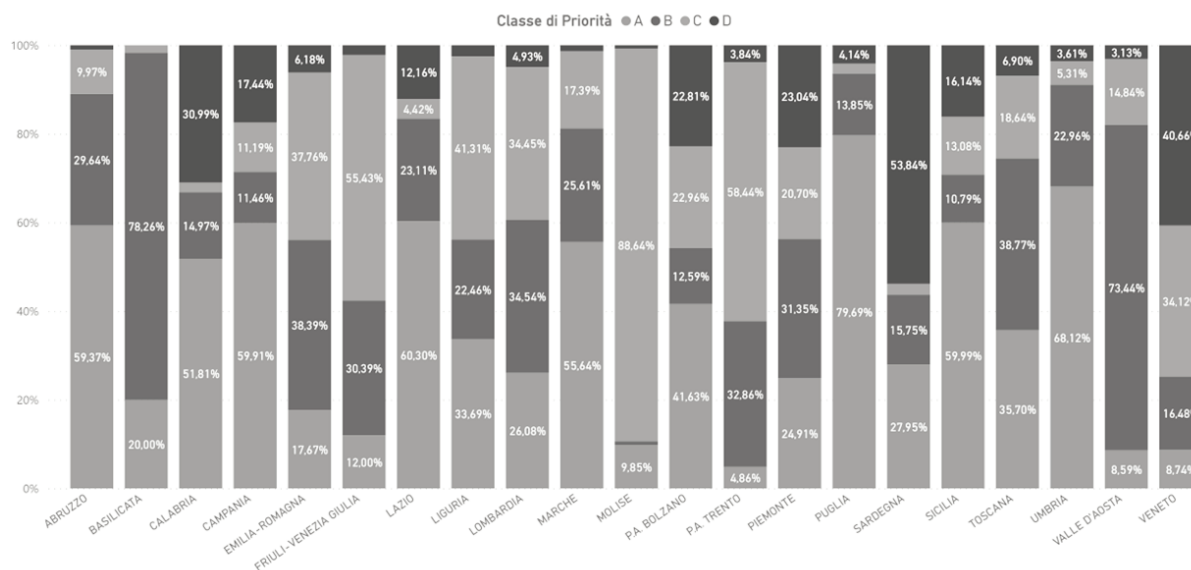
Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Grafico 2 - Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di protesi d'anca per regione - Anno 2020



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.



Grafico 3 - Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di protesi d'anca per regione - Anno 2021

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Tabella 1 - Interventi chirurgici (valori per 100 e valori assoluti) di protesi d'anca effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità A - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		2021	
	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A
Piemonte	49,78	671	59,38	714	49,78	1.129
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	88,89	9	100,00	1	81,82	11
Lombardia	63,57	1.872	69,46	1.434	61,71	2.489
Bolzano-Bozen	85,28	197	71,69	166	81,14	281
Trento	38,30	94	29,41	51	44,74	38
Veneto	57,85	382	70,63	286	63,79	417
Friuli Venezia Giulia	53,85	65	37,27	110	29,93	137
Liguria	48,90	182	49,60	125	47,80	159
Emilia-Romagna	85,80	1.113	85,58	978	87,04	895
Toscana	48,02	1.489	66,77	1.282	70,71	1.335
Umbria	67,74	310	71,83	284	76,32	359
Marche	83,84	464	83,22	435	79,73	528
Lazio	67,37	2.176	63,47	1.837	67,31	2.236
Abruzzo	72,99	822	80,89	518	84,14	637
Molise	85,71	7	75,00	4	100,00	13
Campania	82,27	1.100	86,07	991	89,88	1.542
Puglia	77,48	968	85,94	1.117	86,70	1.346
Basilicata	26,44	87	28,57	28	56,52	23
Calabria	91,58	392	92,01	363	96,39	443
Sicilia	70,50	1.044	76,52	1.039	76,30	1.312
Sardegna	38,52	135	55,70	158	72,06	204
Italia	65,94	13.579	68,52	11.921	71,61	15.534

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Tabella 2 - Interventi chirurgici (valori per 100 e valori assoluti) di protesi d'anca effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità B - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		2021	
	% interventi Classe B eseguiti in 60 giorni	N interventi posti in Classe B	% interventi Classe B eseguiti in 60 giorni	N interventi posti in Classe B	% interventi Classe B eseguiti in 60 giorni	N interventi posti in Classe B
Piemonte	42,09	1.720	43,03	1.104	46,45	1.421
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	100,00	59	82,76	58	97,87	94
Lombardia	60,69	2.689	57,16	2.215	63,42	3.297
Bolzano-Bozen	69,77	129	58,93	56	70,59	85
Trento	72,93	133	67,57	111	63,81	257
Veneto	85,84	784	78,46	557	77,99	786
Friuli Venezia Giulia	60,00	240	45,07	213	55,91	347
Liguria	50,17	295	34,18	79	66,04	106
Emilia-Romagna	83,48	1.507	77,71	1.561	79,59	1.945
Toscana	58,62	1.358	57,06	1.304	60,48	1.450
Umbria	62,27	220	51,08	139	66,12	121
Marche	65,72	283	53,19	235	69,55	243
Lazio	45,38	498	57,11	380	67,09	857
Abruzzo	65,09	169	82,91	234	88,68	318
Molise	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Campania	76,30	616	63,93	305	80,68	295
Puglia	50,86	348	59,11	225	63,25	234
Basilicata	33,33	45	51,35	37	72,22	90
Calabria	95,38	173	92,93	99	93,75	128
Sicilia	63,55	321	57,62	210	72,46	236
Sardegna	49,50	101	56,06	66	87,83	115
Italia	66,24	11.689	63,20	9.189	73,51	12.426

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Tabella 3 - Interventi chirurgici (valori per 100 e valori assoluti) di protesi d'anca effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità C - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		2021	
	% interventi Classe C eseguiti in 180 giorni	N interventi posti in Classe C	% interventi Classe C eseguiti in 180 giorni	N interventi posti in Classe C	% interventi Classe C eseguiti in 180 giorni	N interventi posti in Classe C
Piemonte	82,77	1619	73,94	944	80,49	938
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	100,00	38	83,33	18	78,95	19
Lombardia	83,45	4.918	68,25	2.343	81,42	3.288
Bolzano-Bozen	91,26	183	88,89	117	92,90	155
Trento	99,75	404	97,57	329	97,37	457
Veneto	94,81	1.715	94,58	1.348	92,44	1.627
Friuli Venezia Giulia	76,79	879	57,90	658	78,36	633
Liguria	93,31	269	78,08	146	87,18	195
Emilia-Romagna	84,76	2.441	67,57	1.520	73,18	1.913
Toscana	90,04	1.064	89,26	782	90,67	697
Umbria	91,74	109	90,00	60	92,86	28
Marche	91,52	224	86,74	181	92,12	165
Lazio	68,34	259	70,24	168	92,07	164
Abruzzo	91,67	96	88,73	71	80,37	107
Molise	100,00	88	98,51	67	99,15	117
Campania	84,34	198	88,83	197	92,36	288
Puglia	85,06	154	86,21	87	79,49	39
Basilicata	75,00	4	40,00	10	50,00	2
Calabria	86,36	22	84,21	19	57,89	19
Sicilia	96,12	387	82,78	302	82,52	286
Sardegna	77,78	45	100,00	28	88,89	18
Italia	87,85	15.116	81,70	9.395	83,84	11.155

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.



Raccomandazioni di Osservasalute

La conoscenza completa e approfondita del numero di pazienti in attesa di ricovero chirurgico programmato è componente fondamentale per il governo delle liste di attese chirurgiche.

Nel documento “Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”, di cui all’Accordo Stato Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020, viene richiamata la necessità di introdurre, come utile strumento per il monitoraggio informatizzato delle Liste di Attesa per le prestazioni chirurgiche, un “Nomenclatore Unico”, basato su un tracciato record che consenta la classificazione degli interventi o delle procedure chirurgiche inseriti in Lista di Attesa utilizzando le codifiche ICD-9-CM (qualora necessario anche della diagnosi) ed il loro successivo raggruppamento in macro-categorie in base a criteri di afferenza chirurgico-nosologica.

Il suo utilizzo garantisce la possibilità di estrazione dei

dati per il monitoraggio e l’aggiornamento continuo dello stato delle Liste di Attesa a livello locale, consentendo altresì, qualora fosse adottato in tutte le Regioni/PA, un efficace e attendibile confronto a livello nazionale.

È utile che ciascuna Regione e Azienda Sanitaria predisponga un regolamento per la corretta gestione delle Liste di Attesa per ricovero chirurgico programmato, in cui siano definite le modalità dell’inserimento del paziente in lista di attesa, di permanenza e di chiamata, nonché per la pulizia e manutenzione, tenuta e gestione informatizzata della lista. Dovranno essere, inoltre, declinati i livelli di responsabilità ed il diritto di accesso e comunicazione al paziente.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2824_allegato.pdf.



Tempi di attesa per angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico

Significato. Gli interventi chirurgici per angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico sono tra le procedure ospedaliere ad elevato impatto sociale e alta prevalenza che vengono monitorate nel Rapporto Osservasalute in riferimento alla popolazione di età 65 anni ed oltre.

Gli indicatori relativi al rispetto dei tempi di attesa per questi interventi chirurgici presenti nel Piano

Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 (1) erogati a pazienti con età superiore ai 64 anni sono una misura utile per efficientare i processi organizzativi all'interno delle strutture ospedaliere regionali pubbliche e private, perché consentono di valutare il rispetto dei tempi di intervento previsti dalla Classe di priorità assegnata al momento della prescrizione da parte del medico.

Interventi effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità A

$$\text{Numeratore} = \frac{\sum_{i=0}^n \text{Numero di interventi prenotati in una Classe A* in 30 giorni}}{\sum_{i=0}^m \text{Numero totale di interventi prenotati in Classe A}} \times 100$$

*Classe A = entro 30 giorni dalla data di prenotazione dell'intervento chirurgico.

Validità e limiti. Per il calcolo dell'indicatore sono state utilizzate le SDO del Ministero della Salute utilizzate sulla base del protocollo presente nel PNGLA 2019-2021. Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri (1).

L'indicatore ha l'obiettivo di indagare il rispetto dei tempi di attesa in Classe di priorità A (classe prevalente) per gli interventi chirurgici per angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico.

Sono escluse dal calcolo degli indicatori le SDO per le quali la differenza tra la data di prenotazione e quella di intervento è pari a 0 giorni e/o >365 giorni.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento per questo indicatore è pari al 100%, perché tutte le strutture dovrebbero garantire il rispetto della tempistica definito dalla Classe di priorità assegnata all'intervento.

Descrizione dei risultati

Angioplastica coronarica

La Classe di priorità utilizzata prevalentemente dalle regioni per l'intervento di angioplastica coronarica è la Classe A; solo la Valle d'Aosta nel 2019 ha utilizzato prevalentemente la Classe B. Tutte le regioni mostrano un comportamento analogo con un incremento nel triennio della percentuale di utilizzo della Classe di priorità A (Grafico 1, Grafico 2, Grafico 3). Dall'analisi dei tempi di attesa in Classe A per questi

interventi per pazienti di età 65 anni ed oltre, emerge che, nel 2019, su base nazionale la percentuale è pari all'86,21%. Il Friuli Venezia Giulia, anche in ragione di un basso numero d'interventi (133), è la regione dove più spesso vengono rispettati i tempi d'attesa (96,99%), mentre la Basilicata, nonostante il basso numero di interventi (184), si caratterizza come la regione che meno di tutte riesce a rispettare i tempi di attesa (65,76%). La Lombardia è la regione con il più alto numero di interventi (5.726) e l'indicatore sostanzialmente in linea con il valore nazionale (84,53%) (Tabella 1).

Nel 2020, ovvero nel primo anno della pandemia da COVID-19, su base nazionale si registra una lieve riduzione del rispetto dei tempi d'attesa (85,86%), a fronte di una diminuzione del 20,8% del numero di interventi. Le regioni che si distinguono per incrementi maggiori dell'indicatore relativo al rispetto dei tempi di attesa in Classe A, rispetto al 2019, sono Molise, Sicilia e Abruzzo, rispettivamente, con +11,4 punti percentuali, +7,6 punti percentuali e +7,0 punti percentuali. Le PA di Bolzano e Trento e le Marche si caratterizzano come le regioni che perdono più punti percentuali nel confronto con il valore dell'indicatore nell'anno 2019 (Tabella 1).

L'anno 2021 è caratterizzato da un incremento del numero di interventi per angioplastica coronarica, sia rispetto al 2020, sia rispetto l'anno antecedente la pandemia. L'effetto di questo incremento di interventi in Classe A è un peggioramento dei tempi d'attesa rispetto al 2019 (83,07% nel 2021). Tra le regioni si distingue, in senso positivo, il Molise che fa registrare un aumento di 16,0 punti percentuali rispetto l'anno pre-COVID-19. In Lombardia, invece, si registra una diminuzione di interventi accompagnata ad un peg-



gioramento di oltre 3 punti percentuali del valore dell'indice nel 2019, ponendosi al di sotto del valore nazionale (-2,2 punti percentuali) (Tabella 1).

Nel complesso, nel 2021 la maggioranza delle regioni rispetta la Classe di priorità almeno otto volte su dieci. Fanno eccezione PA di Bolzano e Trento, Liguria, Umbria, Marche e Lazio, con percentuali comprese tra 70-80%, e la Basilicata dove un intervento su due in Classe A avviene senza il rispetto dei tempi d'attesa.

Bypass aortocoronarico

La Classe A risulta essere prevalente anche per gli interventi di bypass aortocoronarico, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia nel 2019 e della Calabria nel 2020. Si evidenzia l'assenza di questa tipologia di intervento nella PA di Bolzano e in Valle d'Aosta (Grafico 4, Grafico 5, Grafico 6).

Il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi di bypass aortocoronarico eseguiti su pazienti di età 65 anni ed oltre nel 2019 era pari a 81,92%, è salito a 83,37% nel 2020 per poi riscendere a 81,63% nel 2021.

Nelle regioni si osservano comportamenti molto differenti, sia per numero totale di interventi prenotati che per il rispetto dei tempi di attesa definiti dalla Classe di priorità A.

Nel 2019 le regioni che hanno le percentuali più basse del rispetto dei tempi d'attesa sono la Sardegna (66,25%) e il Molise (68,66%), nonostante abbiano una casistica molto bassa (la Sardegna è la 16^a regione per numero di interventi prenotati in Classe A e il Molise la 13^a). Le regioni con le più alte percentuali sono l'Umbria (95,95%) e il Lazio (90,99%): l'Umbria presenta un numero di interventi prenotati molto basso (74), mentre il Lazio è la 4^a regione per numero di casi (456), indicando quindi una buona qualità della struttu-

ra organizzativa degli interventi (Tabella 2).

Nel 2020, nonostante la pandemia, il numero di interventi prenotati non sono diminuiti in tutte le regioni: Basilicata, Sicilia e Friuli Venezia Giulia presentano una casistica superiore rispetto all'anno precedente. Riguardo il rispetto dei 30 giorni per l'erogazione degli interventi prenotati, le prestazioni migliori sono state realizzate da Piemonte (96,08%) e Sicilia (93,30%): entrambe le regioni presentano un miglioramento della percentuale rispetto al 2019 (Piemonte +9,2 punti percentuali e Sicilia +15,6 punti percentuali). Le regioni che meno rispettano i tempi d'attesa in Classe A sono, invece, la Sardegna (66,67%) e il Friuli Venezia Giulia (73,11%), che mantengono una prestazione molto vicina a quella del 2019 (Tabella 2).

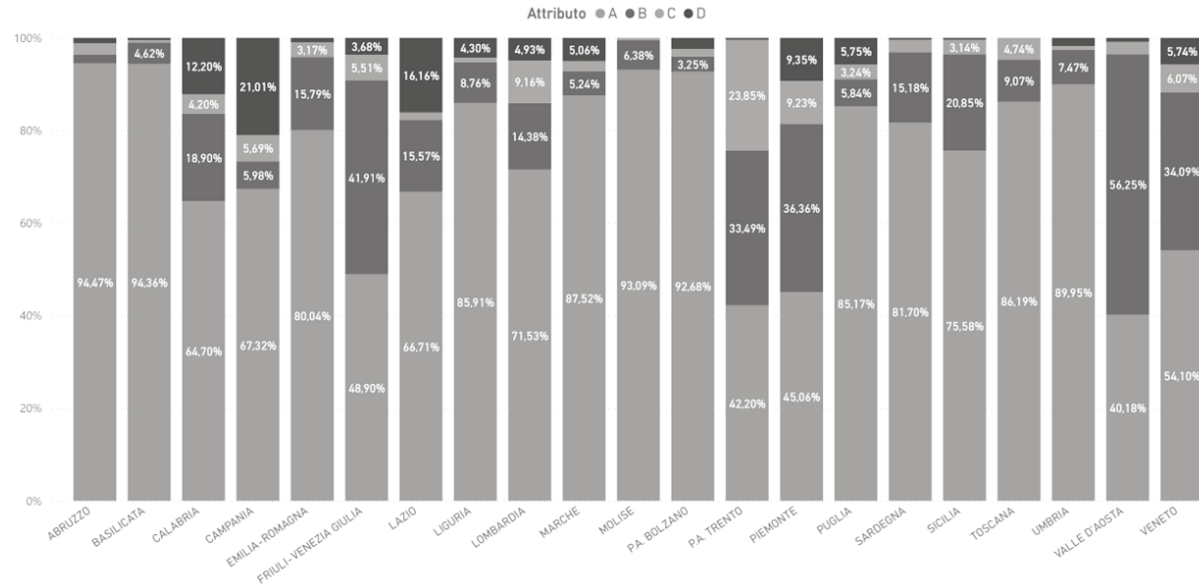
Nel 2021 il numero degli interventi di bypass prenotati aumenta rispetto al 2020, ma non torna ancora ai livelli del 2019. In quest'anno emerge un miglioramento del rispetto dei tempi di attesa in Sardegna, con un valore pari a 81,13% (+14,9 punti percentuali rispetto al 2019 e +14,5 punti percentuali rispetto al 2020). Si registra, invece, un crollo della *performance* nella PA di Trento (-24,9 punti percentuali rispetto al 2019 e -31,3 punti percentuali rispetto al 2020), dove si osserva anche un decremento del numero degli interventi prenotati in Classe A (Tabella 2).

Nel 2021 il rispetto dei tempi di attesa è garantito maggiormente dalla Calabria (94,68%) (a fronte di una casistica molto bassa, è la 14^a regione per numero di interventi prenotati) e le Marche (92,41%). Da rilevare anche la *performance* della Puglia (91,2%), con una casistica di interventi molto elevata. Le prestazioni peggiori si registrano nella PA di Trento (48,00%) e in Basilicata (67,65%): entrambe registrano un peggioramento notevole rispetto agli anni precedenti.



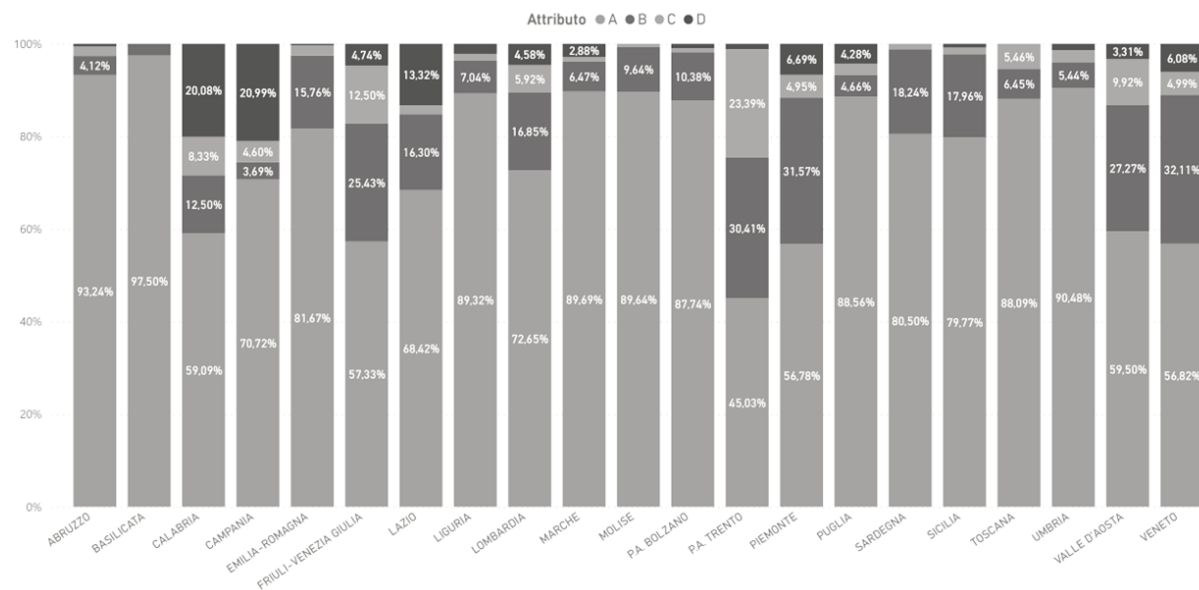


Grafico 1 - Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di angioplastica coronaria per regione - Anno 2019



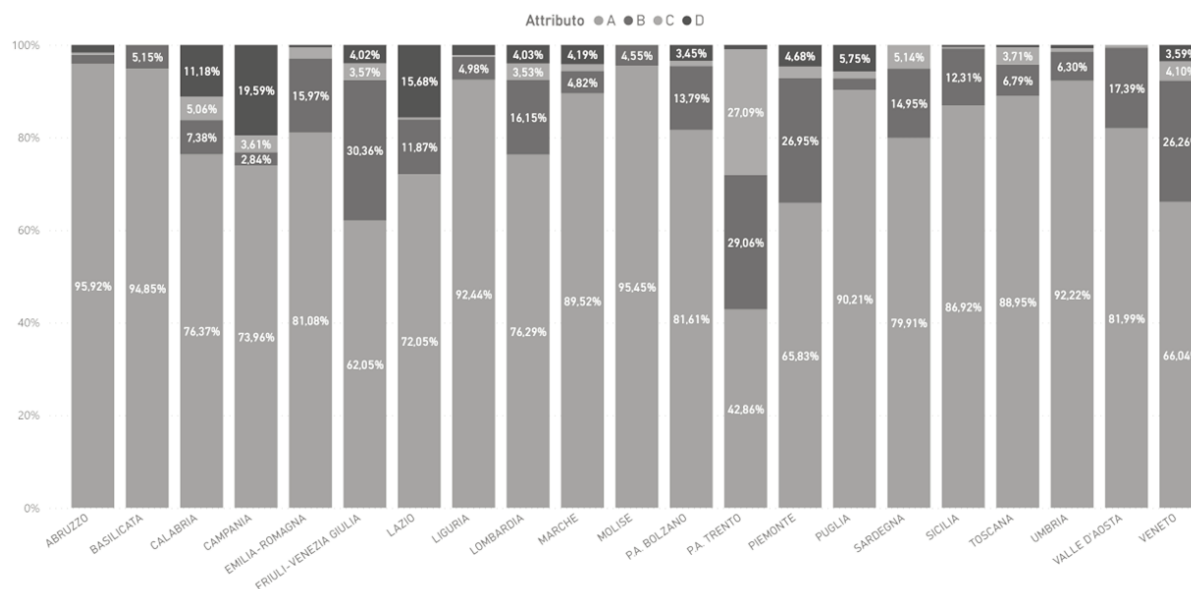
Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Grafico 2 - Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di angioplastica coronaria per regione - Anno 2020



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.



Grafico 3 - Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di angioplastica coronaria per regione - Anno 2021

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

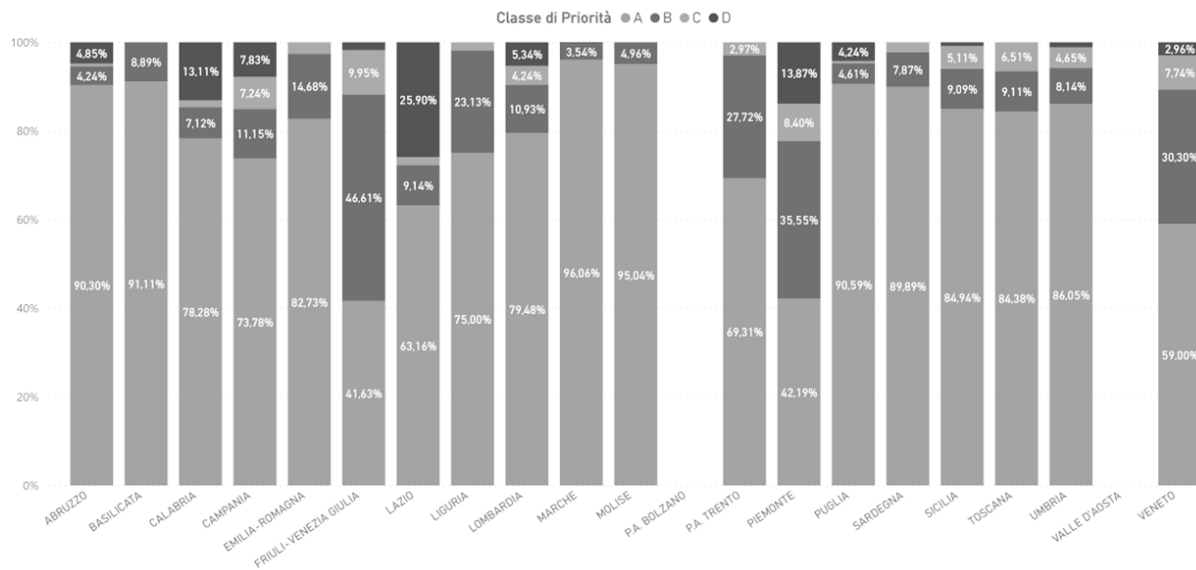
Tabella 1 - Indicatore sul rispetto dei tempi di attesa di interventi (valori per 100 e valori assoluti) prenotati in Classe A per angioplastica coronarica per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		2021	
	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A
Piemonte	88,19	1.533	89,91	1.536	85,36	2.445
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	93,33	45	98,61	72	85,61	132
Lombardia	84,53	5.726	84,70	4.123	80,90	5.617
Bolzano-Bozen	92,11	114	82,80	93	73,24	71
Trento	81,52	92	71,43	77	79,31	87
Veneto	91,12	1.149	91,03	1.037	90,32	1.416
Friuli Venezia Giulia	96,99	133	92,48	133	87,05	139
Liguria	79,20	500	79,62	368	77,88	538
Emilia-Romagna	92,09	1.921	92,41	1.555	90,15	1.838
Toscana	94,89	1.273	92,28	984	85,00	1.127
Umbria	94,27	349	87,59	266	75,50	249
Marche	76,45	484	66,84	374	73,07	427
Lazio	73,43	1.709	77,82	1.402	69,65	2.003
Abruzzo	87,28	393	94,32	317	95,00	400
Molise	71,43	175	82,87	251	87,45	231
Campania	93,09	2.070	89,87	1.708	93,36	2.394
Puglia	88,32	1.970	86,72	1.634	87,31	1.742
Basilicata	65,76	184	70,94	117	53,49	129
Calabria	91,28	493	92,31	156	92,54	362
Sicilia	79,55	1.374	87,12	986	87,63	1.455
Sardegna	95,63	183	91,41	128	94,74	171
Italia	86,21	21.870	85,86	17.317	83,07	22.973

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

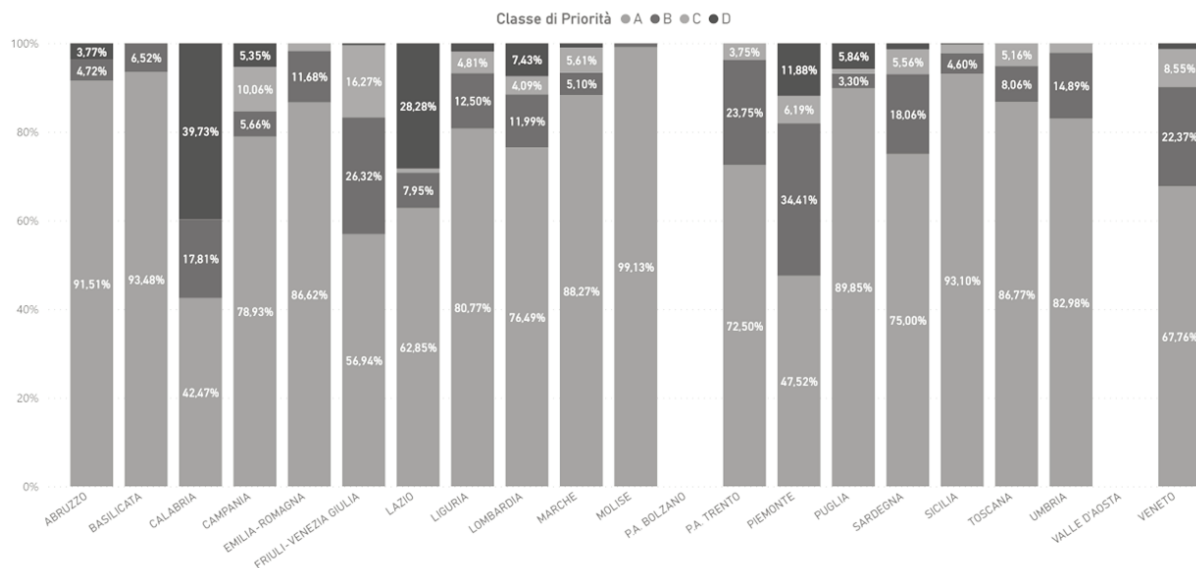


Grafico 4 - Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di bypass aortocoronarico per regione - Anno 2019



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Grafico 5 - Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di bypass aortocoronarico per regione - Anno 2020

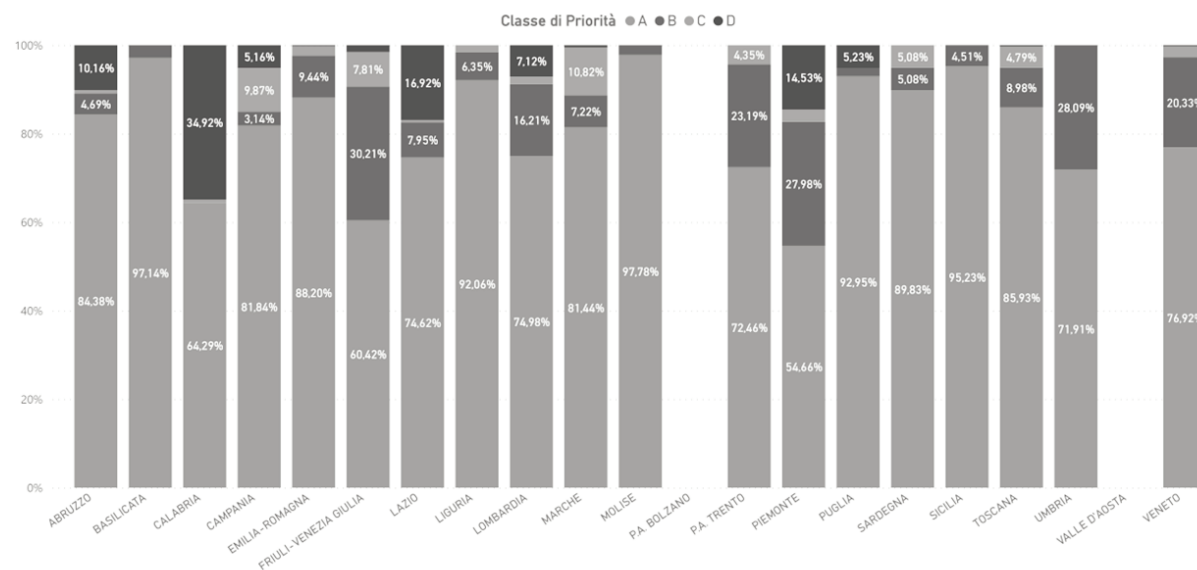


Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.





Grafico 6 - Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di bypass aortocoronarico per regione - Anno 2021



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Tabella 2 - Indicatore sul rispetto dei tempi di attesa di interventi (valori per 1.000 e valori assoluti) prenotati in Classe A per bypass aortocoronarico per regione - Anni 2019-2021

Regioni	2019		2020		2021	
	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A
Piemonte	86,88	216	96,08	192	89,79	252
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste		0		0		0
Lombardia	85,87	1.294	83,11	823	80,81	800
Bolzano-Bozen		0		0		0
Trento	72,86	70	79,31	58	48,00	50
Veneto	81,08	259	78,64	206	75,36	280
Friuli Venezia Giulia	70,65	92	73,11	119	77,59	116
Liguria	74,10	120	78,98	84	90,41	116
Emilia-Romagna	80,96	479	76,87	356	80,00	411
Toscana	83,52	324	84,44	269	75,07	287
Umbria	95,95	74	92,31	39	84,38	64
Marche	85,66	244	92,49	173	92,41	158
Lazio	90,99	456	91,42	340	79,62	441
Abruzzo	90,60	149	91,75	97	90,74	108
Molise	68,66	134	87,72	114	77,27	44
Campania	72,41	377	74,06	251	70,57	365
Puglia	89,95	491	76,95	354	91,20	409
Basilicata	80,49	41	81,40	43	67,65	34
Calabria	89,26	209	80,65	31	94,68	81
Sicilia	77,74	299	93,30	324	84,28	359
Sardegna	66,25	80	66,67	54	81,13	53
Italia	81,92	5.408	83,37	3.927	81,63	4.428

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.





Raccomandazioni di Osservasalute

La conoscenza completa e approfondita del numero di pazienti in attesa di ricovero chirurgico programmato è componente fondamentale per il governo delle liste di attese chirurgiche.

Nel documento “Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”, di cui all’Accordo Stato Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020, viene richiamata la necessità di introdurre, come utile strumento per il monitoraggio informatizzato delle Liste di Attesa per le prestazioni chirurgiche, un “Nomenclatore Unico”, basato su un tracciato record che consente la classificazione degli interventi o delle procedure chirurgiche inseriti in Lista di Attesa utilizzando le codifiche ICD-9-CM (qualora necessario anche della diagnosi) ed il loro successivo raggruppamento in macro-categorie in base a criteri di afferenza chirurgico-nosologica.

Il suo utilizzo garantisce la possibilità di estrazione dei dati per il monitoraggio e l’aggiornamento continuo

dello stato delle Liste di Attesa a livello locale, consentendo altresì, qualora fosse adottato in tutte le regioni/PA, un efficace e attendibile confronto a livello nazionale.

È utile che ciascuna Regione e Azienda Sanitaria predisponga un regolamento per la corretta gestione delle Liste di Attesa per ricovero chirurgico programmato, in cui siano definite le modalità dell’inserimento del paziente in lista di attesa, di permanenza e di chiamata, nonché per la pulizia e manutenzione, tenuta e gestione informatizzata della lista. Dovranno essere, inoltre, declinati i livelli di responsabilità ed il diritto di accesso e comunicazione al paziente.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2824_allegato.pdf.



Mobilità ospedaliera interregionale

Significato. Gli indicatori di mobilità ospedaliera interregionale si pongono come strumenti a supporto dell'analisi di quel particolare fenomeno definito come "medical tourism" dall'OECD (1), caratterizzata da due elementi essenziali: il "movimento" nel senso di spostamento dalla propria giurisdizione sanitaria di appartenenza ad un'altra e la prestazione sanitaria come oggetto di tale spostamento. La mobilità sanitaria è, pertanto, quel fenomeno che coinvolge gli assistiti che usufruiscono dei servizi sanitari presso strutture che non appartengono alla propria regione di residenza.

Per rispondere al dettato della Legge di Bilancio 30 dicembre 2020, n.178 (2) (che recepisce quanto già sancito dal Patto della Salute 2019-2021) il Ministero della Salute, in collaborazione con l'Agenas, ha elaborato una metodologia di analisi della mobilità sani-

taria descrivendone i processi e analizzandone le determinanti, al fine di creare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale. La complessità del fenomeno della mobilità ha suggerito di analizzare le motivazioni o le circostanze che conducono alla scelta di ricevere assistenza sanitaria in un territorio differente da quello di appartenenza.

Per l'analisi della mobilità sanitaria è stato quindi deciso di suddividere la mobilità sanitaria in due macrocategorie: la prima relativa ai ricoveri di pazienti che, pur risultando in mobilità sanitaria (in quanto residenti in un'altra regione), di fatto domiciliano nella regione di ricovero da diverso tempo (di seguito denominata mobilità apparente); la seconda macrocategoria relativa ai pazienti non residenti e non domiciliati nella regione di ricovero (di seguito denominata mobilità effettiva).

Indice di fuga (mobilità passiva)

$$\text{Indice di fuga (mobilità passiva)} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Numero ricoveri di pazienti residenti nella regione effettuati fuori dalla regione di residenza})}{\sum_{i=1}^n \text{Numero ricoveri di pazienti residenti nella regione}} \times 100$$

Indice di attrazione (mobilità attiva)

$$\text{Indice di attrazione (mobilità attiva)} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Numero ricoveri di pazienti residenti in una regione diversa da quella di ricovero}}{\sum_{i=1}^n \text{Numero ricoveri di pazienti nella regione}} \times 100$$

Validità e limiti. Per il calcolo degli indicatori sono state utilizzate le SDO del Ministero della Salute.

Gli indicatori sono declinabili per diverse tipologie di mobilità: mobilità "apparente" e mobilità "effettiva". La mobilità apparente è costituita dai ricoveri effettuati nella regione di domicilio del paziente, quando quest'ultima non coincide con la regione di residenza. Per stimare la regione di domicilio è stato sviluppato un algoritmo, che unisce i seguenti flussi informativi: SDO e sistema Tessera Sanitaria (TS) di specialistica ambulatoriale e farmaceutica.

L'area relativa alla mobilità effettiva si suddivide a sua volta in due tipologie: accettabile ed evitabile. La mobilità sanitaria accettabile è composta dai ricoveri per i quali la mobilità interregionale si predilige per l'alta specializzazione delle cure richieste, nello specifico da ricoveri caratterizzati da DRG ad "alta com-

plexità". L'area della mobilità evitabile è relativa ai casi di ricoveri eseguiti fuori regione di residenza e relativi a prestazioni a bassa e media complessità o a ricoveri "inappropriati" ovvero in regime ordinario e con DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

Gli indicatori non risentono della variazione assoluta dei volumi di mobilità permettendo di evidenziare la propensione alla mobilità sanitaria ospedaliera anche nel caso di una drastica riduzione dei ricoveri complessivi.

Gli indicatori vengono descritti anche per tipologia di struttura ospedaliera (pubblica o privata accreditata). Nelle analisi non sono state considerate le tipologie di mobilità costituite da:

- ricoveri urgenti;
- ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio;
- "Casualità" ovvero da ricoveri che nella variabile

“provenienza” non assumono le seguenti modalità: ricovero al momento della nascita, paziente inviato all’istituto di cura con proposta di un medico, ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura, paziente che accede all’istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da PS.

Infine, sono stati considerati solo i ricoveri il cui onere di spesa sia completamente o parzialmente a carico di una regione.

Valore di riferimento/Benchmark. Per il fenomeno della mobilità non si ritiene opportuno definire un benchmark, poiché la tendenza dovrebbe essere quella di non ricorrere a migrazione per mobilità sanitaria, fatta eccezione per alcune tipologie di casi come la mobilità per ricoveri caratterizzati da alta complessità. Inoltre, le regioni per particolari cure di mobilità di prossimità possono ritenere opportuno, mediante accordi bilaterali, di accettare e coordinare i flussi di mobilità sanitaria.

Descrizione dei risultati

Indice di fuga (mobilità passiva)

Nel 2021, l’indice di fuga di pazienti residenti in Italia in mobilità passiva è pari al 10,93%. L’indice era pari a 11,13% nel 2019 e si era ridotto a 10,30% nel 2020, anno della pandemia.

Nel 2021, su 100 ricoveri in mobilità passiva 4,62 sono attribuibili a mobilità apparente, proporzione in linea con il 2019 (4,55%) e il 2020 (4,75%). Al netto della mobilità apparente, in linea con l’anno antecedente alla pandemia COVID-19, almeno sei dimissioni su dieci ricoveri ospedalieri in mobilità sono caratterizzati da DRG di media o bassa complessità, mentre la quota di dimissioni caratterizzate da DRG inappropriate appare in leggera flessione rispetto all’anno 2019 (13,2% anno 2021; 15,12% anno 2019) (Grafico 1).

Con riferimento alla tipologia di struttura verso cui si effettuano le cure in mobilità sanitaria nel 2021 si osserva una prevalenza a recarsi in strutture private accreditate (6,67%) rispetto alle strutture pubbliche (4,25%); dato in aumento rispetto all’anno 2020 (6,09% strutture accreditate), ma sostanzialmente in linea con l’anno 2019 (6,43% strutture accreditate) (Grafico 1).

In generale, nel 2021 nel Nord del Paese le regioni caratterizzate da un indice di fuga più alto sono la Valle d’Aosta e la Liguria, rispettivamente, con un indice di fuga pari a 20,59% (anno 2019: 19,42%; anno 2020: 19,70%) e al 18,09% (anno 2019: 17,87%; anno 2020: 17,03%). Nello stesso anno nel Centro, Umbria e Marche, rispettivamente, con il 21,15% (anno 2019: 19,45%; anno 2020: 19,91%) e il 17,29% (anno 2019: 17,06%; anno 2020: 15,54%) sono le regioni con l’indice di mobilità più alto, mentre al Sud il Molise e la Basilicata, rispettivamente, con il 37,67%, (anno 2019:

39,02%; anno 2020: 36,07%) e il 35,89% (anno 2019: 34,09%; anno 2020: 34,81%), mostrano un valore dell’indice di fuga almeno tre volte più alto del valore nazionale di mobilità (Grafico 1).

L’analisi della mobilità totale per area geografica di residenza nell’anno 2021 mostra, anche per effetto dell’epidemia COVID-19, tassi di fuga in diminuzione rispetto all’anno 2019, in particolare dal Sud (anno 2021: Nord 9,27%; Centro 10,49%; Sud ed Isole 13,30% vs anno 2019: Nord 9,00%; Centro 10,19% Sud ed Isole 14,48%), mentre il confronto del 2021 con il 2020 mostra variazioni dell’indice di fuga più contenute (Grafico 2).

Nel 2021 l’indicatore mostra come la mobilità sanitaria apparente abbia una caratterizzazione completamente diversa dalla mobilità effettiva, essendo contraddistinta prevalentemente da pazienti che si ricoverano presso strutture pubbliche (65,34%). La composizione si inverte nel caso dei ricoveri in mobilità effettiva dove le strutture pubbliche rappresentano il 37,56% e le private accreditate il 62,44% dei ricoveri complessivi (Grafico 3).

Considerando solo la mobilità sanitaria effettiva, questa è caratterizzata principalmente dalla “mobilità evitabile” (81,88%), ovvero ricoveri caratterizzati da DRG a rischio d’inappropriatezza o di complessità medio-bassa. Tale quota è più elevata nelle strutture pubbliche (87,41%) e più bassa in quelle private (78,58%) (Grafico 4). Il Molise si distingue per essere la regione con la quota più alta di “mobilità evitabile” (86,42%), di contro le regioni con la quota minore sono il Friuli Venezia Giulia (75,76%) e la Toscana (76,32%) (dati non presenti nei grafici).

Indice di attrazione (mobilità attiva)

L’indice di attrazione a livello nazionale nel 2021 è pari a 10,48%, in lieve riduzione rispetto al 2019 (10,75%) e in aumento rispetto al 2020 (9,86%), per effetto dell’epidemia da COVID-19.

L’osservazione della mobilità attiva per area geografica di residenza mostra analoghe differenze geografiche tra 2019 e 2021: Nord 14,03%; Centro 10,78%; Sud ed Isole 5,05% nel 2021 vs Nord 14,58%; Centro 10,63%; Sud ed Isole 4,89% nel 2019. Si osserva, inoltre, che il Meridione si caratterizza per una quota di ricoveri erogati a cittadini di altre regioni molto bassa rispetto ai cittadini del Centro-Nord. Si nota, con riferimento al 2020, che gli indici di attrazione per area geografica non subiscono importanti variazioni, solo nell’area del Nord si rileva una diminuzione superiore ad 1 punto percentuale (Grafico 5).

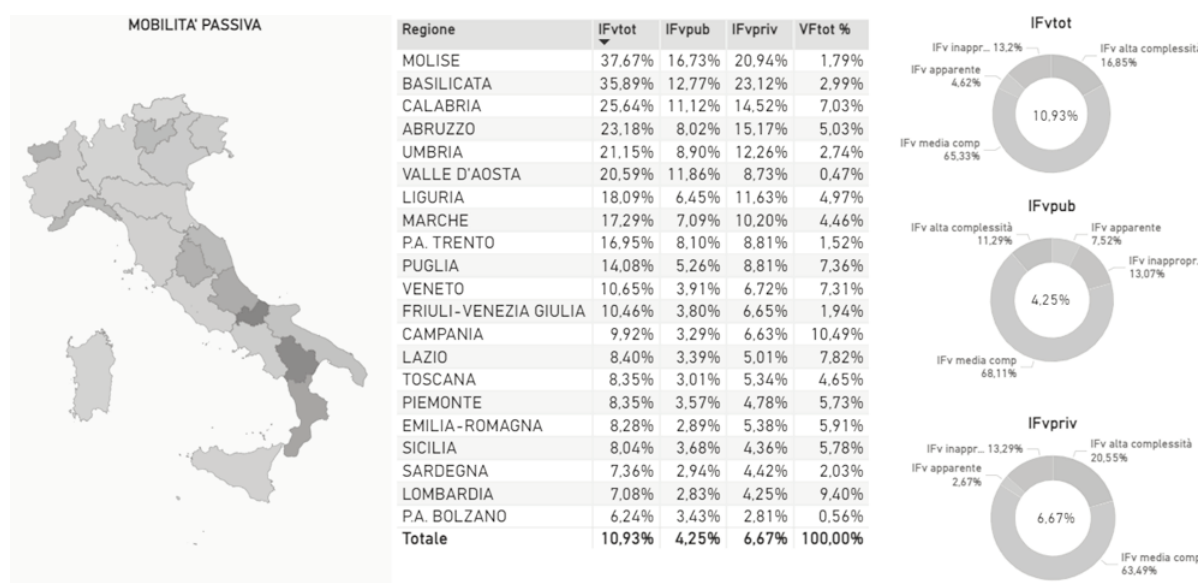
Con riferimento alla tipologia di strutture più attrattive si conferma una prevalenza di attrazione da parte delle strutture private accreditate, tendenza più evidente nell’area del Nord, in tutti e 3 gli anni considerati (Grafico 6).

Nel 2021, nel Nord del Paese la regione con il valore

dell'indice di attrazione più alto è l'Emilia-Romagna (20,17%), quella con il valore più basso è la PA di Bolzano (4,74%). Nel Centro, rispettivamente con il 16,43% e l'8,45%, sono l'Umbria la più attrattiva e il Lazio¹ la meno attrattiva. L'area caratterizzata dalla maggiore variabilità è il Meridione, con il 45,06% del Molise e lo 0,93% della Sardegna. Analoghe differenze si osservano nei 2 anni precedenti (Grafico 7). La composizione dei ricoveri in mobilità attiva per tipo di struttura ospedaliera mostra una tendenza a

“scegliere” strutture private accreditate. In particolare, al Nord Emilia-Romagna, PA di Trento e Lombardia sono le regioni con la maggiore propensione a ricoveri in mobilità attiva, mentre nel Sud è rilevante l'attrazione osservata nel Molise che risulta fortemente caratterizzata dal settore privato accreditato che assorbe circa il 90% della mobilità attiva totale e dove quattro ricoveri su dieci sono ricoveri di pazienti in mobilità da altre regioni (Grafico 7).

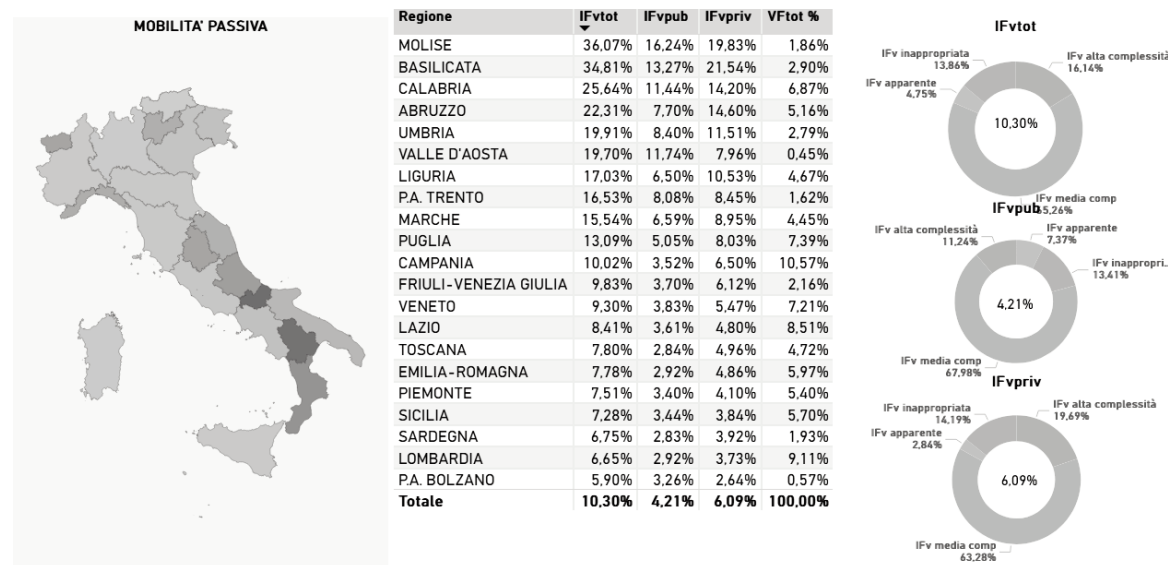
Grafico 1a - *Indice di fuga (mobilità passiva) totale per regione e tipo di struttura ospedaliera e indice di fuga per tipo di mobilità - Anno 2021*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

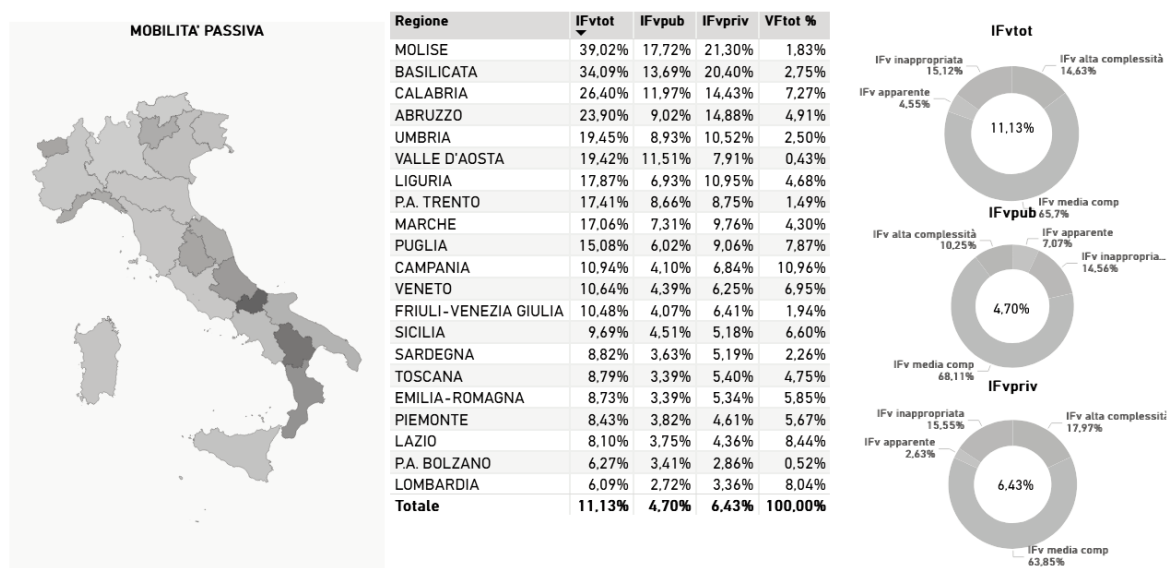
¹ Sono esclusi i flussi di mobilità verso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e l'Ospedale San Giovanni Battista ACISMOM.

Grafico 1b - *Indice di fuga (mobilità passiva) totale per regione e tipo di struttura ospedaliera e indice di fuga per tipo di mobilità - Anno 2020*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Grafico 1c - *Indice di fuga (mobilità passiva) totale per regione e tipo di struttura ospedaliera e indice di fuga per tipo di mobilità - Anno 2019*



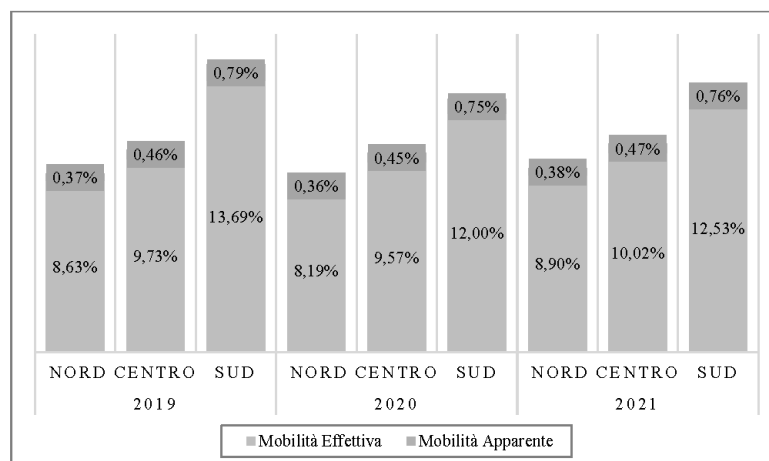
Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.



ASSISTENZA OSPEDALIERA

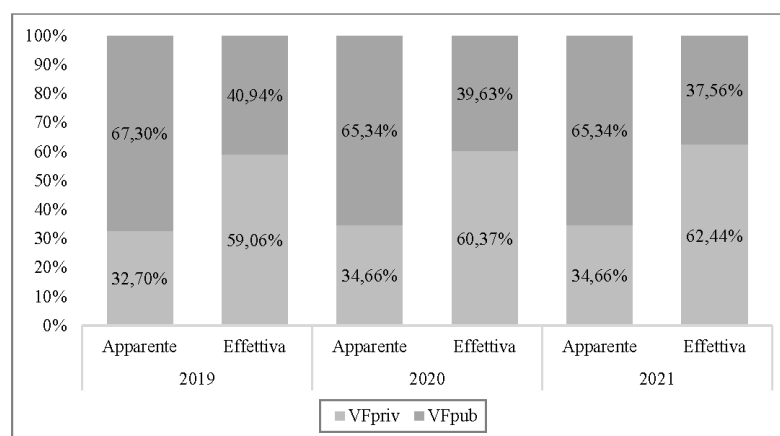
507

Grafico 2 - Indice di fuga (mobilità passiva) per area geografica di residenza e macroarea di mobilità - Anni 2019-2021



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

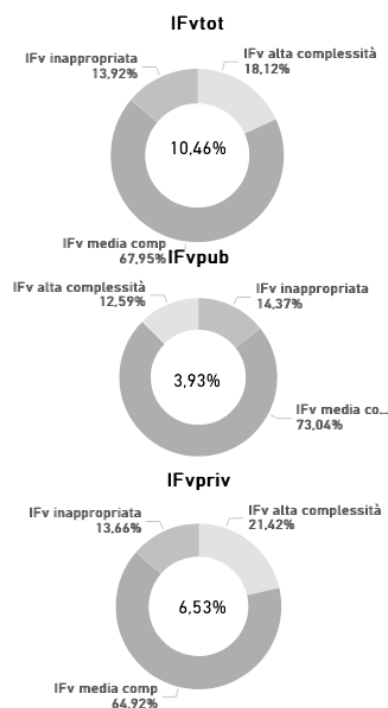
Grafico 3 - Mobilità passiva per tipologia di mobilità e di struttura ospedaliera - Anni 2019-2021



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

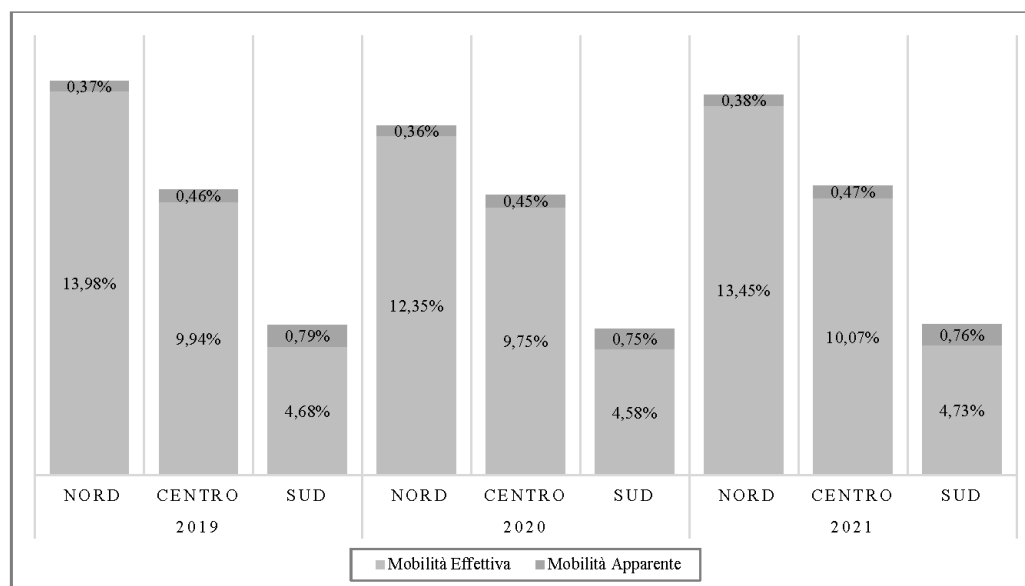
Grafico 4 - Mobilità effettiva per regione e tipo di struttura ospedaliera e mobilità effettiva per tipo di mobilità - Anno 2021

Regione	IFvtot	IFvpub	IFvpriv	VFtot %
ABRUZZO	22,44%	7,55%	14,89%	5,07%
BASILICATA	34,81%	11,88%	22,92%	3,00%
CALABRIA	24,40%	10,25%	14,14%	6,92%
CAMPANIA	9,54%	3,04%	6,50%	10,55%
EMILIA-ROMAGNA	8,00%	2,69%	5,30%	5,99%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	10,16%	3,61%	6,55%	1,98%
LAZIO	8,01%	3,09%	4,92%	7,80%
LIGURIA	17,38%	5,93%	11,45%	4,97%
LOMBARDIA	6,75%	2,60%	4,15%	9,37%
MARCHE	16,90%	6,82%	10,08%	4,56%
MOLISE	36,53%	15,92%	20,60%	1,79%
P.A. BOLZANO	5,91%	3,22%	2,69%	0,55%
P.A. TRENTO	16,53%	7,82%	8,69%	1,55%
PIEMONTE	8,01%	3,34%	4,68%	5,76%
PUGLIA	13,46%	4,84%	8,62%	7,34%
SARDEGNA	6,70%	2,51%	4,18%	1,92%
SICILIA	7,35%	3,20%	4,15%	5,51%
TOSCANA	7,94%	2,74%	5,20%	4,62%
UMBRIA	20,50%	8,45%	12,05%	2,77%
VALLE D'AOSTA	19,73%	11,34%	8,39%	0,47%
VENETO	10,41%	3,74%	6,64%	7,49%
Totale	10,46%	3,93%	6,53%	100,00%



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

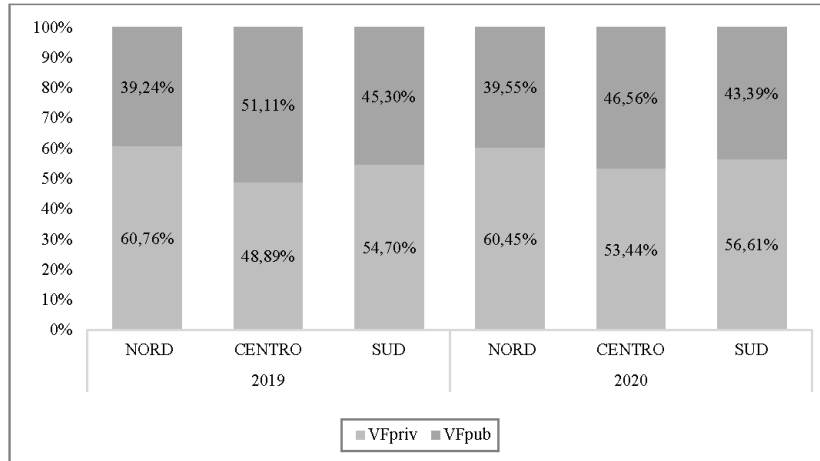
Grafico 5 - Indice di attrazione (mobilità attiva) per area geografica e macroarea di mobilità - Anni 2019-2021



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

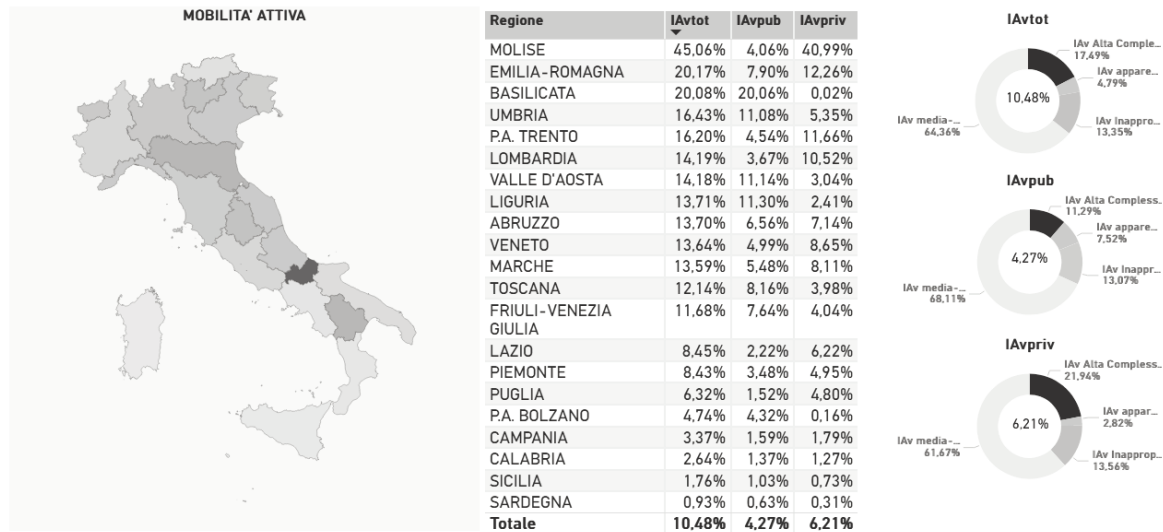


Grafico 6 - Indice di attrazione (mobilità attiva) per area geografica, tipologia di mobilità e tipo di struttura ospedaliera - Anni 2019-2021

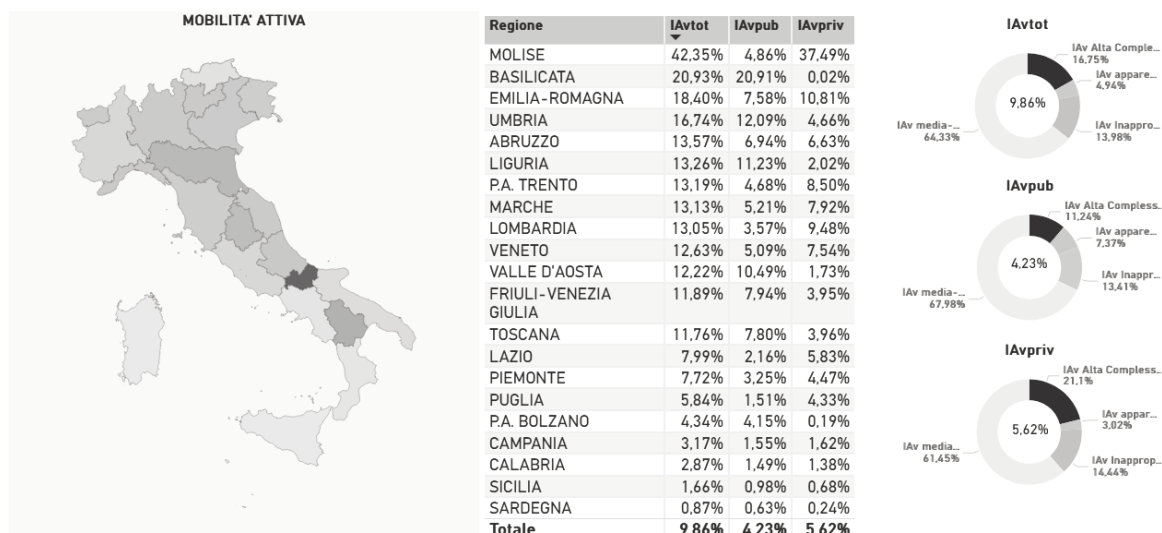


Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

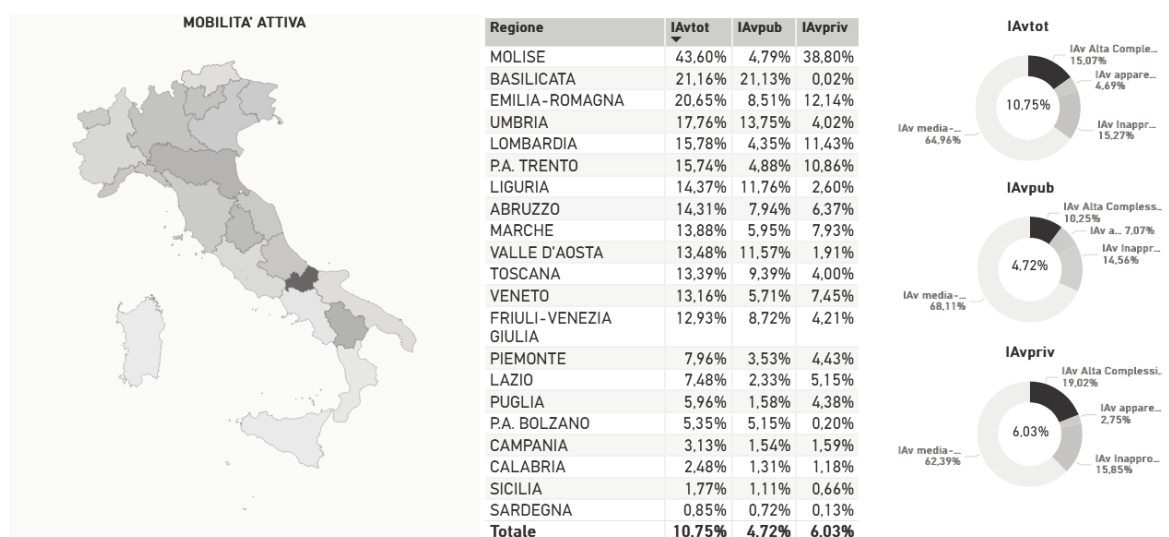
Grafico 7a - Indice di attrazione totale per regione e tipo di struttura ospedaliera e indice di attrazione per tipo di mobilità - Anno 2021



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Grafico 7b - Indice di attrazione totale per regione e tipo di struttura ospedaliera e indice di attrazione per tipo di mobilità - Anno 2020

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Grafico 7c - Indice di attrazione totale per regione e tipo di struttura ospedaliera e indice di attrazione per tipo di mobilità - Anno 2019

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, la mobilità interregionale si presenta come un fenomeno strutturale che, seppur ha risentito di una diminuzione dei volumi negli anni colpiti dalla pandemia da COVID-19, non ha mostrato significative variazioni degli indici di fuga, ovvero della propensione alla mobilità sanitaria tra le regioni.

La possibilità di osservare i flussi di mobilità interregionale depurandoli di alcune componenti legate al caso o al domicilio di lungo periodo nella regione di fuga, ha permesso di mettere in evidenza flussi migra-

tori potenzialmente non accettabili perché relativi a prestazioni che potrebbero essere eseguite nella regione di residenza del paziente.

Lo studio evidenzia come gran parte della mobilità sia legata a ricoveri per DRG potenzialmente inappropriati o di media e bassa complessità, e che più della metà dei residenti in mobilità interregionale sia attratto da strutture private accreditate.

Il confronto regionale ha evidenziato ancora una volta uno squilibrio tra Centro-Nord e Meridione: l'analisi ha, infatti, mostrato come la maggiore propensione



alla mobilità sanitaria interregionale è imputabile alle regioni meridionali; né la pandemia né i *lockdown* ad essa legati hanno inciso in modo rilevante sulla propensione alla mobilità sanitaria.

È importante che si mettano in opera politiche sanitarie per ridurre il divario tra le regioni e migliorare l'organizzazione del sistema sanitario. A tale fine diventa centrale monitorare l'andamento di questi indicatori e confrontarli tra le varie regioni, per consentire ai *policy maker*, di misurare l'effetto delle strategie finalizzate a migliorare la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione già nelle regioni di residenza, limitando così la mobilità "effettiva" ai ricoveri ad alta

complessità e ai ricoveri regolati da accordi tra regioni limitrofe.

Riferimenti bibliografici

(1) Lunt et al. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development 2011.

(2) Legge di Bilancio 30 dicembre 2020, n.178, articolo 1, comma 494.

(3) Nante N, Guarducci G, Lorenzini C, Messina G, Carle F, Carbone S, Urbani A. Inter-Regional Hospital Patients' Mobility in Italy. Healthcare (Basel) 2021 Sep 8; 9 (9): 1.182.



Indice di fuga in età pediatrica

Significato. L'indicatore fornisce la propensione al ricovero in mobilità passiva (ricovero ospedaliero fuori regione) dei residenti in età pediatrica (<18 anni) nel periodo 2019-2021. L'indice di fuga si pone come una misura utile per la programmazione sanitaria, perché consente di quantificare i bisogni sanitari e socio-assistenziali non soddisfatti dalla regione di fuga.

Per rispondere al dettato della Legge di Bilancio n. 178 del 30 dicembre 2020 (2) (che recepisce quanto già sancito dal Patto della Salute 2019-2021), il Ministero della Salute in collaborazione con l'Agens ha elaborato una metodologia di analisi della mobilità sanitaria descrivendone i processi e analizzandone le determinanti, al fine di creare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale.

I motivi alla base della mobilità passiva hanno diverse

origini (prossimità geografica, presenza in una regione diversa da quella di residenza, qualità dei servizi ospedalieri etc.). La complessità del fenomeno della mobilità ha suggerito di analizzare le motivazioni o le circostanze che conducono alla scelta di ricevere assistenza sanitaria in un territorio differente da quello di appartenenza. Pertanto, è stato necessario suddividere la mobilità sanitaria in due macrocategorie: la prima relativa ai ricoveri di pazienti in regioni in mobilità sanitaria, ma che di fatto domiciliano nella regione di ricovero da diverso tempo (di seguito denominata mobilità apparente), la seconda macrocategoria relativa ai pazienti non residenti e non domiciliati nella regione di ricovero (di seguito denominata mobilità effettiva).

Indice di fuga in età pediatrica

$$\text{Indice di fuga in età pediatrica} = \frac{\Sigma (\text{Numero ricoveri in età pediatrica effettuati fuori dalla regione di residenza})}{\Sigma (\text{Numero ricoveri in età pediatrica di pazienti residenti nella regione})} \times 100$$

Validità e limiti. Per il calcolo degli indicatori sono state utilizzate le SDO del Ministero della Salute.

L'indicatore è declinabile per diverse tipologie di mobilità: mobilità "apparente" e mobilità "effettiva". La mobilità apparente è costituita dai ricoveri effettuati nella regione di domicilio del paziente, quando quest'ultima non coincide con la regione di residenza. Per stimare la regione di domicilio è stato sviluppato un algoritmo, che unisce i seguenti flussi informativi: SDO e sistema Tessera Sanitaria di specialistica ambulatoriale e farmaceutica.

L'area relativa alla mobilità effettiva si suddivide a sua volta in due tipologie: accettabile ed evitabile. La mobilità sanitaria accettabile è composta dai ricoveri per i quali la mobilità interregionale si predilige per l'alta specializzazione delle cure richieste, nello specifico da ricoveri caratterizzati da DRG ad "alta complessità". L'area della mobilità evitabile è relativa ai casi di ricoveri eseguiti fuori regione di residenza e relativi a prestazioni a bassa e media complessità o a ricoveri in mobilità "inappropriata" ovvero in regime ordinario e con DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

L'indicatore non risente della variazione assoluta dei volumi di mobilità permettendo di evidenziare la propensione alla mobilità sanitaria ospedaliera anche nel caso ci sia una drastica riduzione dei ricoveri complessivi.

L'indicatore, calcolato solo per i pazienti di età <18 anni, viene descritto anche per tipologia di struttura (pubblica o privata accreditata).

Nelle analisi non sono state considerate le tipologie di mobilità costituite da:

- ricoveri urgenti;
- ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio;
- "Casualità" ovvero da ricoveri che nella variabile "provenienza" non assumono le seguenti modalità: ricovero al momento della nascita, paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico, ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura, paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da PS.

Infine, sono stati considerati solo i ricoveri il cui onere di spesa sia completamente o parzialmente a carico di una regione.

Valore di riferimento/Benchmark. Per il fenomeno della mobilità non si ritiene opportuno definire un benchmark, poiché la tendenza dovrebbe essere quella di non ricorrere a migrazione per mobilità sanitaria, fatta eccezione per alcune tipologie di casi come la mobilità per ricoveri caratterizzati da alta complessità. Inoltre, le regioni per particolari cure ospedaliere in mobilità di prossimità possono ritenere opportuno, mediante accordi bilaterali, di accettare e coordinare i flussi di mobilità sanitaria.

Descrizione dei risultati

L'indice di fuga (mobilità passiva) in età pediatrica nel 2021 è pari a 10,22%, valore tornato ai livelli pre-pandemia (nel 2019 ammontava al 10,58%) dopo una

diminuzione di circa 1 punto percentuale nel 2020 (9,60%).

L'osservazione della mobilità per area geografica e tipo di struttura ospedaliera nell'anno 2021 mostra di aver risentito solo marginalmente dell'epidemia da COVID-19. L'indice di fuga in età pediatrica nelle strutture pubbliche è pari al 5,30% e nelle strutture private accreditate al 4,92%, valori analoghi sia rispetto l'anno pre-COVID (2019 pubblico: 5,89%; privato accreditato: 4,69%) che rispetto l'anno più colpito dalla pandemia (2020 pubblico: 5,10%; privato accreditato: 4,50%). Osservando le aree geografiche, nel Meridione circa un ricovero su sei dei minori viene effettuato in mobilità (anno 2021: Nord 7,59%; Centro 7,08%; Sud ed Isole 15,36% vs anno 2019: Nord 7,93%; Centro 7,24% Sud ed Isole 15,79%). Inoltre, nel Meridione vi è una maggiore propensione al ricovero in strutture private accreditate (Grafico 1). Nel 2021, si stima che l'indice di fuga in età pediatrica per il 2,44% è rappresentato da mobilità apparente (nel 2020 era 2,23% e nel 2019 2,34%) e per oltre il 90% da mobilità evitabile, ovvero ricoveri ospedalieri in mobilità caratterizzati da DRG di media o bassa complessità o potenzialmente inappropriati (2021: 93,17%; 2020: 93,32%; 2019: 93,59%) (Grafico 2). Con riferimento alla tipologia di struttura verso cui si effettuano le cure in mobilità sanitaria, nel 2021 si osserva una maggiore tendenza a recarsi in strutture pubbliche (5,30%) rispetto alle strutture private accreditate (4,92%). Tale tendenza era già presente nel 2019 e 2020.

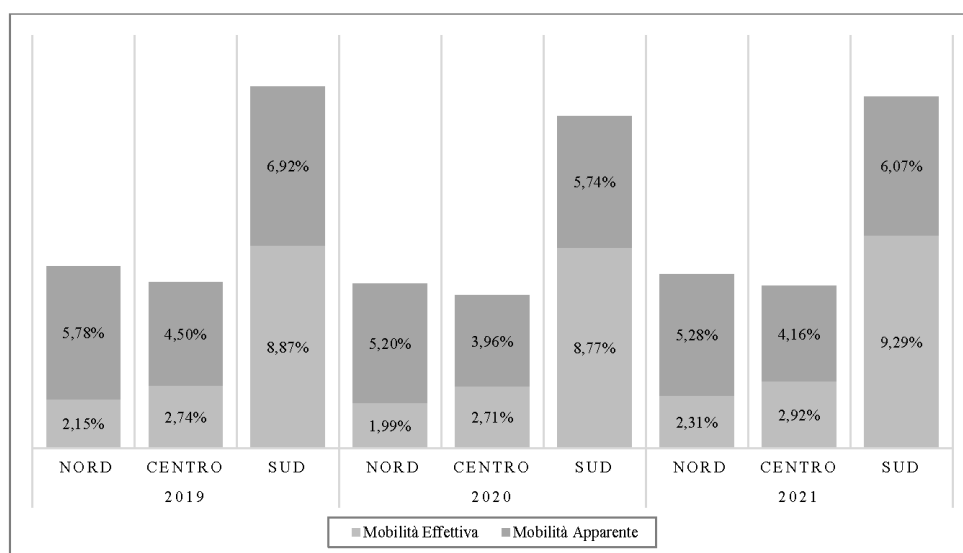
Nel 2021, nel Nord le regioni caratterizzate da un

maggiore indice di fuga di minori sono la Valle d'Aosta e la PA di Trento, rispettivamente, con valori pari al 28,07% (anno 2019: 27,66%; anno 2020: 25,65%) e 16,21% (anno 2019: 17,13%; anno 2020: 15,02%). Nel Centro, Umbria e Marche, rispettivamente, con il 32,45% (anno 2019: 30,92%; anno 2020: 29,84%) e il 19,49% (anno 2019: 18,49%; anno 2020: 16,98%) sono le regioni con l'indice di fuga più alto. Al Sud oltre la metà dei ricoveri di minori molisani è effettuata in mobilità (53,15%); seguono Basilicata, Abruzzo e Calabria. In quasi tutto il Meridione almeno un ricovero di minore su dieci è effettuato in mobilità e la propensione alla fuga non mostra variazioni importanti rispetto al biennio precedente (Grafico 2).

Considerando solo la mobilità sanitaria effettiva, indipendentemente dal fatto che la struttura sia pubblica o privata accreditata, questa è caratterizzata principalmente dalla "mobilità evitabile", ovvero da ricoveri con DRG a rischio d'inappropriatezza o di media e bassa complessità (Grafico 2).

Le regioni dove si ricoverano più frequentemente sono quelle in cui si trovano i più importanti Ospedali pediatrici italiani. La capacità attrattiva delle strutture pediatriche presenti sul territorio fanno sì che il Lazio¹ sia in tutto il triennio osservato la regione con la più bassa propensione al ricovero di minori in mobilità passiva (3,28% nel 2021; 3,35% nel 2020; 3,80% nel 2019) e quella che attira la gran parte della mobilità da fuori regione; l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù da solo assorbe un quarto dei ricoveri in mobilità dei minori italiani (Tabella 1).

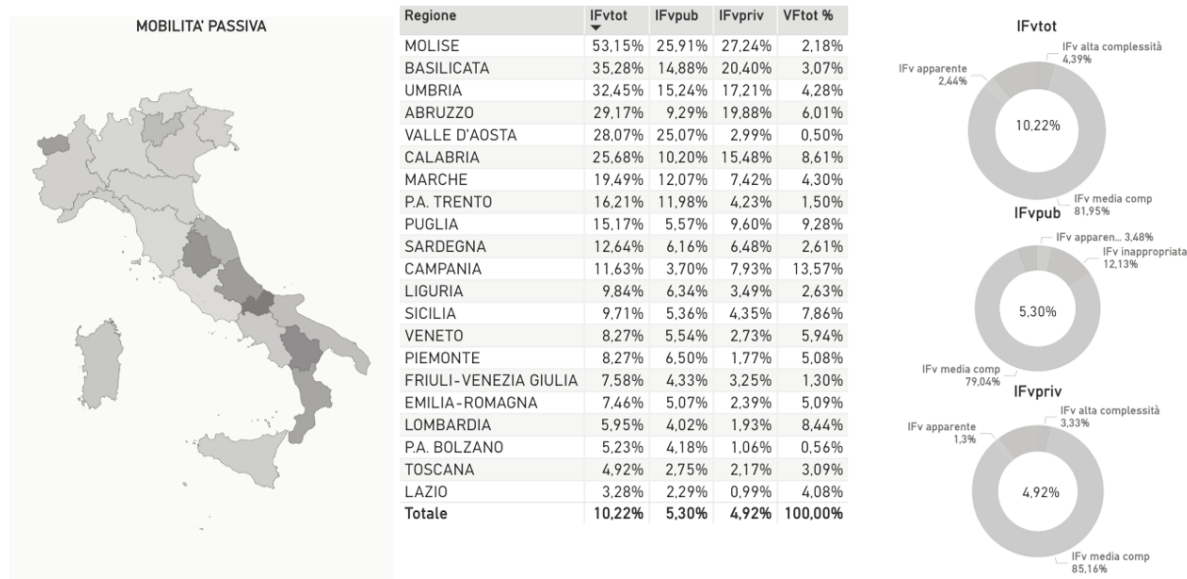
Grafico 1 - Indice di fuga (mobilità passiva) in età pediatrica per area geografica di residenza e tipo di struttura ospedaliera - Anni 2019-2021



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

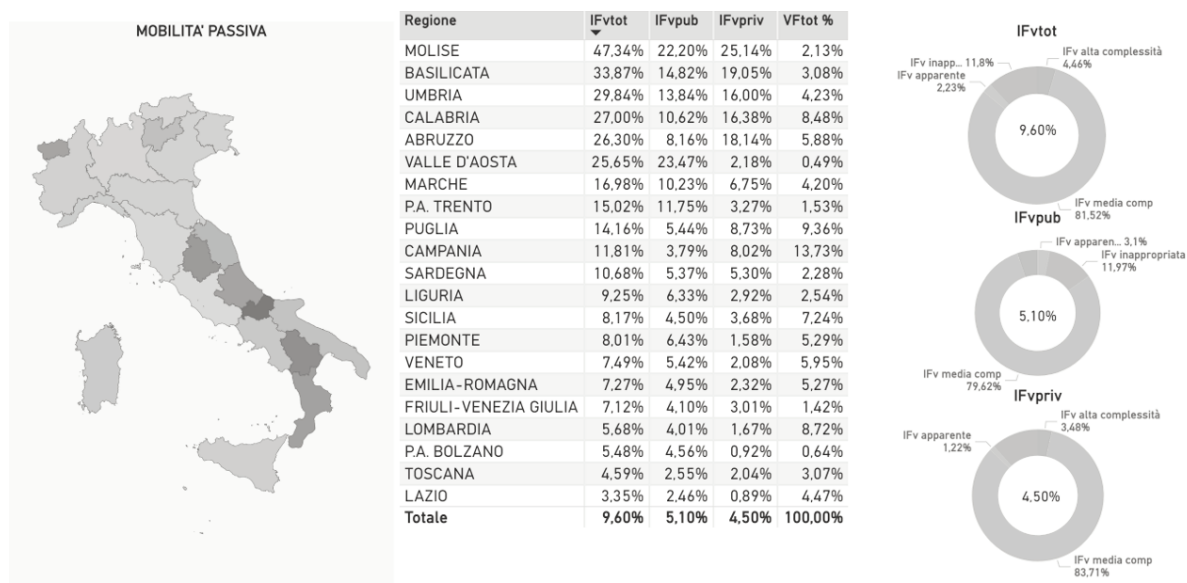
¹I minori residenti nella regione Lazio ricoverati presso gli Ospedali Bambino Gesù e l'Ospedale San Giovanni ACISMOM non sono inclusi nel calcolo della mobilità.

Grafico 2a - *Indice di fuga (mobilità passiva) in età pediatrica per regione, tipologia di mobilità e tipologia di struttura - Anno 2021*

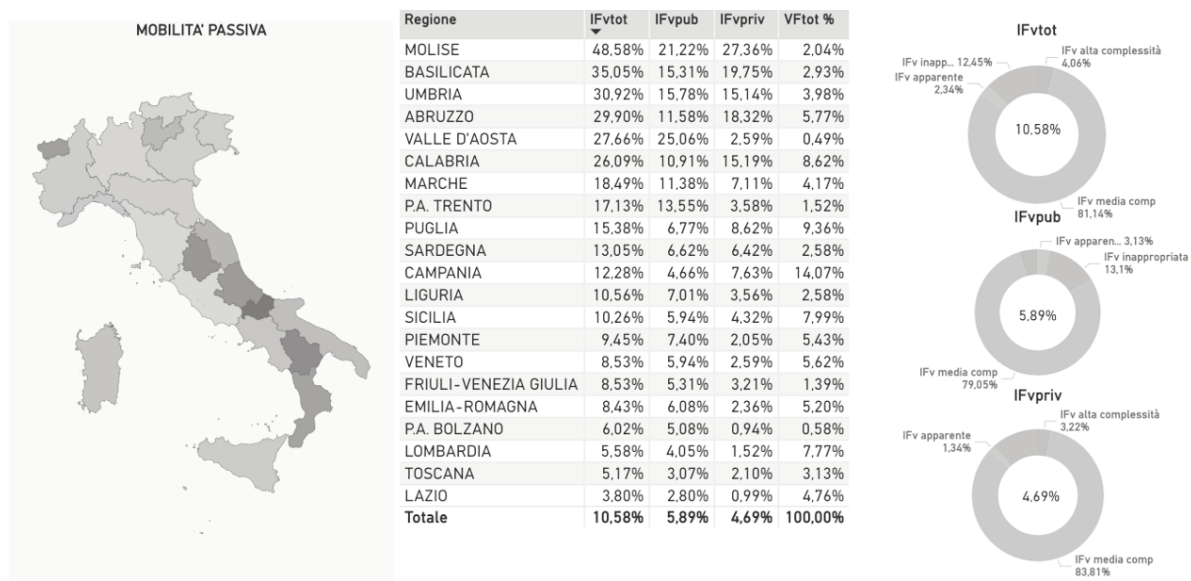


Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Grafico 2b - *Indice di fuga (mobilità passiva) in età pediatrica per regione, tipologia di mobilità e tipologia di struttura - Anno 2020*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Grafico 2c - *Indice di fuga (mobilità passiva) in età pediatrica per regione, tipologia di mobilità e tipologia di struttura - Anno 2019*

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Tabella 1 - *Ricoveri (valori per 100) ospedalieri in mobilità pediatrica per regione di destinazione - Anno 2021*

Regione	VFto %	VFpub %	VFpriv %
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	26,43		100,00
Toscana	12,30	13,17	3,57
Liguria	10,90	30,30	0,30
Emilia-Romagna	10,61	8,85	5,23
Lombardia	8,85	3,35	2,73
Lazio	6,59	1,12	3,95
Veneto	4,94	4,08	2,73
Piemonte	3,05	3,69	1,31
Campania	2,79	1,51	1,06
Friuli Venezia Giulia	2,72	12,65	1,65
Puglia	1,88	2,10	1,31
Basilicata	1,50	20,55	0,00
Abruzzo	1,49	7,43	1,60
Marche	1,33	5,97	0,84
Umbria	1,31	10,74	2,02
Sicilia	1,31	1,28	0,45
Molise	0,58	7,87	15,31
Trento	0,43	4,68	0,57
Calabria	0,40	1,16	0,41
Bolzano-Bozen	0,30	2,87	0,00
Sardegna	0,18	1,08	0,01
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,11	6,08	2,52
Italia	100,00	5,14	4,89

VFtot = Ricoveri pediatrici di non residenti (% sul totale).

VFpub% = Ricoveri pediatrici in Ospedali pubblici di pazienti non residenti (% sul totale dei ricoveri pediatrici nella regione).

VFpriv% = Ricoveri pediatrici in Ospedali privati accreditati di pazienti non residenti (% sul totale dei ricoveri pediatrici nella regione).

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

La migrazione sanitaria dei minori lontano da casa è causa di profondi disagi, e lo è ancora di più quando il minore è costretto ad ospedalizzarsi in un posto distante centinaia di chilometri dal comune in cui vive. La sofferenza legata all'allontanamento dalla cerchia stretta dei parenti e degli amici riguarda non solo il minore, ma l'intera famiglia che deve affrontare anche le difficoltà economiche legate alle spese del trasferimento in un'altra regione e spesso all'assenza dei genitori dal lavoro per lunghi periodi (3).

In Italia, il diritto alla salute è garantito per tutti i minori, ma la garanzia della cura dipende in larga misura dalla regione di residenza.

L'indice di fuga proposto essendo depurato dalla mobilità legata al domicilio di lungo corso e alla casualità ha permesso una lettura più chiara della propensione alla mobilità in età pediatrica dei minori tra le diverse regioni. Tale propensione subisce solo una lieve flessione nel biennio della pandemia, lasciando sostanzialmente inalterate le disuguaglianze tra le diverse aree geografiche. Inoltre, l'indice di fuga, pur interessando tutte le regioni, è particolarmente rilevante nelle regioni del Mezzogiorno.

La fuga dalle regioni meridionali, pur essendo prevalentemente rivolta verso le regioni sede dei più importanti Ospedali pediatrici (su tutti l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù), è caratterizzata, analogamente al Nord o al Centro del Paese, da ricoveri classificati con DRG di media o di bassa complessità e

potenzialmente inappropriati (circa il 90% nel triennio osservato).

Occorre investire risorse per sviluppare un sistema sanitario efficiente nella tutela dei bambini, lavorando su due principali direttrici: rivedendo i percorsi della pediatria generale e accelerando il processo di informatizzazione del SSN, in particolare organizzando la telemedicina e potenziando il sistema di monitoraggio del fenomeno. Lo sviluppo di percorsi di telemedicina su tutto il territorio nazionale permetterà di facilitare l'accesso ai servizi di cura, potenziando le attività di teleconsulto con i pediatri, televisite di *follow-up* e telemonitoraggio dei pazienti. Tutto ciò, potrà favorire anche la deospedalizzazione in particolar modo dei ricoveri in mobilità evitabile. Inoltre, è necessario il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio e reportistica dei ricoveri in mobilità sul territorio nazionale, al fine di misurare l'effetto delle azioni e delle strategie regionali atte a contrastare la quota di ricoveri in mobilità non necessari.

Riferimenti bibliografici

- (1) Lunt et al. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development 2011.
- (2) Legge di Bilancio 30 dicembre 2020, n.178, articolo 1, comma 494.
- (3) De Curtis, M., Bortolan, F., Diliberto, D. et al. Pediatric interregional healthcare mobility in Italy. *Ital J Pediatr* 47, 139 (2021). Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01091-8>.



Mortalità riconducibile ai servizi sanitari

Grande interesse riscuote, per le valutazioni di un SSN, l'indicatore "Mortalità riconducibile ai servizi sanitari" (*amenable mortality*), ovvero quei decessi prematuri che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure efficaci e tempestive e per i quali esistono interventi diagnostico-terapeutici di provata efficacia. Questo indicatore permette di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare possibili interventi correttivi e di verificarne, nel tempo, il successo. L'analisi della sua dinamica è molto importante, in considerazione del fatto che le politiche volte a migliorare l'efficacia dei servizi attraverso nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche e nuovi modelli organizzativi producono effetti rilevabili nel medio-lungo termine.

La rilevanza di indicatori di questo tipo è ormai consolidata anche in ambito internazionale. L'OCSE ha, infatti, introdotto la mortalità riconducibile ai servizi sanitari nel *core* di misure per la valutazione della *performance* dei servizi sanitari dei Paesi aderenti.

L'utilizzo dell'indicatore *amenable mortality* non è esente da limitazioni, la principale delle quali riguarda la necessità di aggiornare costantemente le liste di cause di morte riconducibili ai servizi. Inoltre, data l'esiguità del fenomeno, la stima del trend temporale risulta difficoltosa e influenzata da fluttuazioni casuali del dato; questo problema si accentua quando l'indicatore viene calcolato a livello sub-nazionale. Per questo motivo, quando si pongono a confronto i SSR, si consiglia di computare l'indicatore a cadenza almeno biennale, in modo da ottenere stime più robuste.

Nel presente Capitolo sarà analizzato il tasso di mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari per gli ultimi 2 anni disponibili (2018-2019), esaminandone la variabilità territoriale in un'ottica di valutazione dell'efficacia dei singoli SSR e di equità a livello nazionale. L'analisi è, inoltre, corredata dello studio della dinamica temporale dell'indicatore a livello nazionale e regionale confrontando i bienni 2018-2019 e 2016-2017. Le analisi mettono in evidenza una ulteriore diminuzione del fenomeno, nonostante perdurino significative differenze tra il Sud ed Isole ed il Centro-Nord.



Mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari

Significato. La mortalità riconducibile ai servizi sanitari (*mortality amenable to health care services*), o *amenable mortality*, comprende i “decessi considerati prematuri, che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure appropriate e tempestive” (1). In altri termini, la mortalità riconducibile ai servizi sanitari comprende le “morti attribuibili a condizioni per le quali esi-

stano interventi diagnostico-terapeutici efficaci” (2). Grazie agli studi di Nolte e McKee (1) e Tobias e Yeh (2), il concetto di *amenable mortality* è stato portato all’attenzione della comunità scientifica come potenziale strumento per valutare la qualità e l’efficacia dei servizi sanitari oltre a monitorarne i cambiamenti nel tempo.

Tasso di mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Decessi per età e cause specifiche*
Popolazione media residente

*Selezionate dalla lista di Nolte e McKee (1).

Validità e limiti. La lista di cause di morte riconducibili ai servizi sanitari necessita di frequenti aggiornamenti poiché, grazie ai progressi in campo medico e tecnologico, alcune patologie possono divenire curabili o prevenibili. Per questa ragione, non è appropriato fare confronti per lunghi periodi di tempo. Inoltre, l’*amenable mortality* è un fenomeno con una bassa frequenza e come tale sperimenta forti oscillazioni nel tempo; questo problema si accentua quando l’indicatore viene calcolato a livello regionale (3). Per questo motivo si consiglia di computare l’indicatore a cadenza almeno biennale, in modo da ottenere stime più robuste soprattutto ai fini della valutazione comparativa tra servizi sanitari sub-nazionali.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo presenti riferimenti normativi o di letteratura, nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale. Al fine di fornire una misura della variabilità del fenomeno, si ipotizza che questo sia la realizzazione di un processo aleatorio infinito. In particolare, si ipotizza che la sua distribuzione sia asintoticamente normale (4, 5). Sotto tale ipotesi si possono stimare gli Intervalli di Confidenza al 95% per i tassi regionali.

Descrizione dei risultati

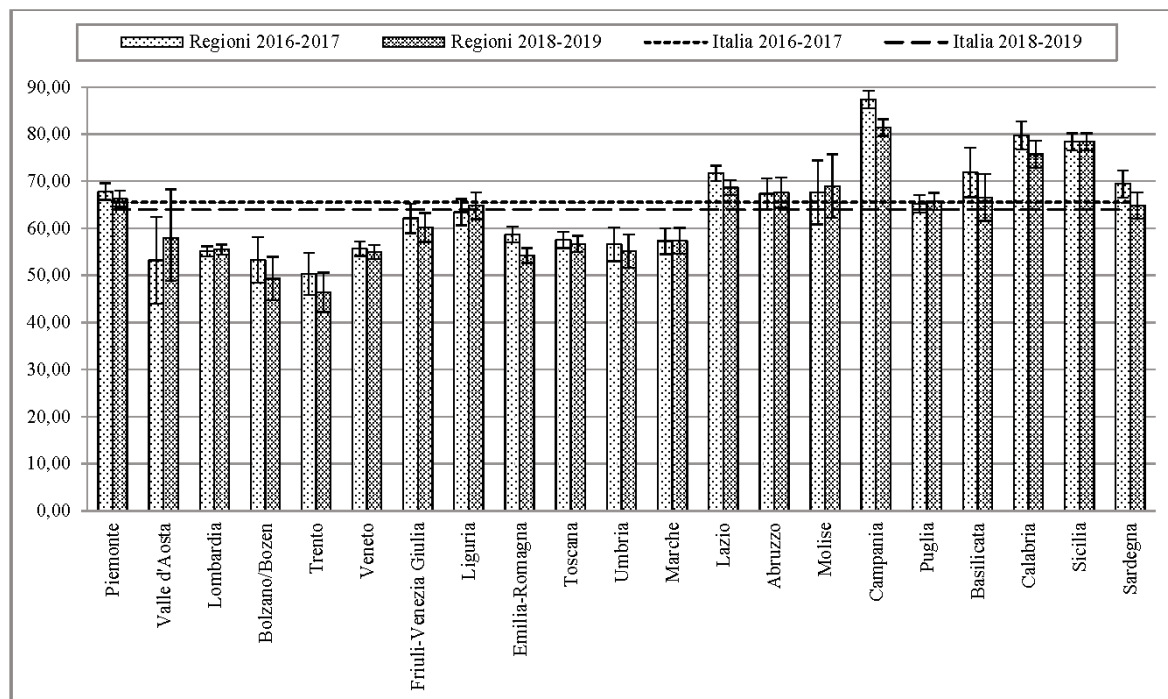
Rispetto al biennio 2016-2017, negli anni 2018-2019 il tasso standardizzato di *amenable mortality* è passato da 65,53 a 63,98 per 100.000, pari a una diminuzione del 2,37% (Grafico 1). Il 70% dei decessi registrati negli ultimi 2 anni disponibili è dovuto a tumori maligni del colon-retto (19,13%), malattie cerebrovascolari (17,96%), tumori maligni della mammella (16,88%) e malattie ischemiche del cuore (16,03%).

Il tasso standardizzato di *amenable mortality* è diminuito in 13 regioni (Grafico 1): quelle con il più forte

decremento sono la PA di Trento (-7,75%), l’Emilia-Romagna (-7,53%), la Basilicata (-7,40%) e la PA di Bolzano (-7,38%), mentre quella con il decremento più lieve è il Veneto (-1,24%). In Sicilia il tasso standardizzato di *amenable mortality* non ha subito modifiche rispetto al biennio precedente, mentre nelle restanti 7 regioni è stato registrato un incremento. Le regioni interessate sono: Marche (+0,17%), Abruzzo (+0,42%), Lombardia (+0,64%), Puglia (+0,70%), Molise (+1,95%), Liguria (+2,11%) e Valle d’Aosta (+8,89%). Come si può evincere dal raffronto delle stime puntuali e intervallari di ogni regione, le variazioni statisticamente significative tra il 2016-2017 e il 2018-2019 hanno riguardato, tutte con segno negativo, l’Emilia-Romagna, il Lazio, la Campania, la Basilicata, la Calabria e la Sardegna. La diminuzione del tasso di *amenable mortality* è stata confermata nelle sotto-analisi condotte separatamente sulla popolazione maschile e femminile (dati non presenti nel grafico).

Come illustrato nel Grafico 1, la mortalità del biennio 2018-2019 è significativamente inferiore al valore nazionale (63,98 per 100.000) in 9 regioni: Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Valori significativamente superiori si registrano in 6 regioni (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia), mentre nelle rimanenti 6 regioni (Valle d’Aosta, Liguria, Molise, Puglia, Basilicata e Sardegna) i tassi di *amenable mortality* non sono significativamente diversi dal dato nazionale. I valori più bassi e più alti tra le regioni si registrano, rispettivamente, nella PA di Trento (46,42 per 100.000) e in Campania (81,41 per 100.000). Questo *pattern* geografico ricalca quello rilevato nel biennio 2016-2017.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) e Intervalli di Confidenza (valori al 95%) di amenable mortality per regione - Anni 2016-2017 e 2018-2019



Fonte dei dati: Istat. Dati regionali di mortalità. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

A livello nazionale, tra i bienni 2016-2017 e 2018-2019 la mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari è calata del 2,37%, con un *range* di variazioni percentuali calcolate a livello regionale compreso tra -7,75% e +8,89%. Nonostante questo dato positivo, i risultati relativi all'ultimo biennio disponibile confermano ancora una volta che le regioni del Centro-Nord hanno una *performance* dei servizi sanitari generalmente migliore rispetto alle regioni del Meridione. Tale evidenza, unita al fatto che l'*amenable mortality* contribuisce fortemente alle differenze di mortalità prematura per tutte le cause tra Nord e Meridione (6), suggerisce che molti sforzi devono essere ancora fatti per migliorare l'assistenza e l'equità nell'accesso ai servizi e per ridurre le disuguaglianze di salute in tutte le regioni.

Riferimenti bibliografici

- (1) Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Aff (Milwood)* 2008; 27: 58-71.
- (2) Tobias M, Yeh LC. How much does health care contribute to health gain and to health inequality? Trends in amenable mortality in New Zealand 1981-2004. *Aust N Z J Public Health* 2009; 33: 70-78.
- (3) Fantini MP, Lenzi J, Franchino G, Raineri C, Burgio A, Frova L, Domenighetti G, Ricciardi W, Damiani G. Amenable mortality as a performance indicator of Italian health-care services. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 310.
- (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) Fantini MP, Lenzi J, Franchino G, Raineri C, Domenighetti G, Ricciardi W, Damiani G. La mortalità riconducibile ai servizi sanitari e le disuguaglianze di salute nelle regioni italiane. *Epidemiol Prev* 2014; 38: 100-107.