



Assistenza territoriale

L'introduzione di questo Capitolo apre una finestra concettuale su alcuni principi cardine sottesi allo sviluppo e, quindi, alla riorganizzazione dell'Assistenza territoriale. Ciò appare di particolare rilevanza, considerando il notevole fermento che sta animando e modellando, in tempi decisamente contratti, l'intero ambito assistenziale, in relazione all'attuazione del piano di riordino previsto dal DM n. 77/2022 e al rispetto del cronoprogramma per la realizzazione dei progetti inerenti alle linee d'investimento del PNRR per l'Assistenza territoriale. Nello specifico, secondo il DM 20 gennaio 2022 recante la ripartizione delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del PNRR e del Piano per gli investimenti complementari (PNC), le risorse destinate alla realizzazione di interventi aventi come regia il Ministero della Salute, e come soggetti attuatori le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, sono determinate in oltre 8 miliardi di euro, di cui circa l'82% a valere sul PNRR ed il rimanente 18% a valere sul PNC (1). Il rischio è che tale dinamicità possa esitare in un moto caotico con dispersione di risorse, se non direzionata da una chiara visione che ancori coerentemente azioni da realizzarsi nel breve e medio periodo a obiettivi di più ampio respiro, a lungo termine.

Si ribadisce, pertanto, come l'Assistenza territoriale (detta anche Assistenza Primaria o, in termini anglosassoni, *Primary Care*) sia "un sistema complesso di offerta di salute a destinatario individuale e comunitario, caratterizzata da relazioni evolutive tra persona assistita, *stakeholder* comunitari e i diversi attori coinvolti nei vari setting assistenziali, volta al primo contatto e alla presa in carico di individui e comunità" (2). Il concetto di *Primary Care* (PC) caratterizza, quindi, il valore delle interdipendenze nell'offerta di salute a livello locale. *Primary Health Care* (PHC) è da intendersi, invece, come un approccio orientato allo sviluppo sostenibile della salute che un sistema sanitario a copertura universale promuove secondo *policy* sanitarie e socio-sanitarie, attraverso programmi e modelli organizzativi centrati su una PC contraddistinta da alti livelli di integrazione e un orientamento comunitario (3).

Sul concetto di PHC, occorre fornire un'ulteriore precisazione. La visione iniziale della PHC, riportata nella Dichiarazione di Alma-Ata, delineava un approccio "comprehensive" che adottava una strategia globale e intersettoriale per rispondere ai bisogni di salute della popolazione, garantendo equità di accesso oltretutto appropriatezza ed efficienza delle cure, anche al fine di contribuire allo sviluppo sociale ed economico della comunità. In una prospettiva di così ampio raggio, particolare enfasi veniva, quindi, posta alla visione preventiva, proattiva e di presa in carico, attraverso l'attenzione rivolta ai determinanti socio-economici di salute, alla prevenzione delle malattie e alla partecipazione di individui e comunità nel processo di produzione di salute (4). Considerando ciò poco attuabile nei Paesi in via di sviluppo per la scarsità di risorse da investire, Walsh e Warren proposero, successivamente, il concetto di PHC "selective" (5). Una PHC con un approccio prevalentemente reattivo, di breve periodo e orientato esclusivamente al primo contatto, che marginalizza gli aspetti sistemici di prevenzione e promozione della salute così come l'attenzione ai determinanti sociali, focalizzandosi su programmi verticali per malattie scelte in base alla frequenza, all'impatto sulla morbosità, disabilità e mortalità nella popolazione generale, alla fattibilità ed efficacia delle misure di controllo, nonché al costo degli interventi (5). Proposto in origine come alternativa provvisoria alla PHC *comprehensive*, questo approccio si è diffuso e consolidato progressivamente anche in Paesi ad alto reddito, sostenuto da considerazioni positive sulla *cost-effectiveness* degli interventi e sulla conseguenziale realizzabilità degli stessi anche in periodi di *austerity* (6-8).

Questa prospettiva risulta, tuttavia, ristretta e miope, in quanto basata sul punto di vista del "qui ed ora", legato alla durata limitata dei finanziamenti a sostegno degli interventi. Continuare a proporre e attuare soluzioni semplicistiche per problemi costitutivamente complessi è diventato in questa fase storica insostenibile. Perseguire risultati frammentari, non sistemici e di breve periodo che comportano, comunque, allocazione e utilizzo di risorse, senza investire in interventi proattivi e precoci che prevedano la partecipazione responsabilmente diffusa dei vari attori che concorrono alla salute, è un pensiero debole. La transizione socio-demografica ed epidemiologica in atto, il *know-how* acquisito e la disponibilità, difficilmente ripetibile, di risorse da investire non ammettono ulteriori alibi o indugi. Lo sforzo richiesto ai vari *decision maker* è, quindi, di considerare opportunamente lo scopo verso cui tendere in questa fase di riorganizzazione del sistema, armonizzando in tale direzione la cogente realizzazione degli obiettivi definiti nel cronoprogramma del PNRR (9). È necessario, infatti, che questi obiettivi siano funzionali allo sviluppo di un sistema di Assistenza territoriale che:





- consideri la salute come benessere e non come assenza di malattia;
- sia in grado di realizzare progettualità multisettoriali per obiettivi di salute con programmi che investano tanto l'area della prevenzione e della promozione della salute, quanto quella della cura, della riabilitazione e della palliazione;
- si impegni a contrastare ogni disuguaglianza nell'accesso alle cure;
- garantisca qualità, secondo un processo di miglioramento continuo.

L'Assistenza territoriale deve realizzarsi, pertanto, secondo logiche e strumenti di integrazione che coinvolgono in modo imprescindibile anche il settore sociale e i diversi attori comunitari, al fine di generare nuove risorse e rendere protagonisti assistiti, *caregiver*, familiari e altre Istituzioni non costituzionalmente rappresentate nel SSN. Attraverso ciò è possibile orientare in modo efficace la presa in carico di individui e popolazione, rispondendo ai bisogni sanitari e socio-sanitari espressi e inespresi nel modo più anticipato possibile e prossimo alle sedi di vita, di lavoro e di relazioni sociali delle persone assistite. In questo modo, verrebbe potenziata la salute e ridotti gli accessi impropri ai PS, i ricoveri ospedalieri evitabili, l'affollamento degli studi dei MMG e PLS e le liste di attesa per visite ed esami.

Un approccio "comprehensive" dell'Assistenza territoriale è, quindi, potenzialmente in grado di garantire maggiore sostenibilità economica, sociale e ambientale al SSN, producendo valore tanto in sanità, quanto in termini di coesione sociale, sviluppo economico e riduzione delle *carbon* e *water footprint*. Il grado di cambiamento attuato sarà, tuttavia, proporzionale alla volontà di soggetti individuali, sociali e istituzionali di determinarlo, in una logica di co-responsabilità e *leadership* diffusa.

Come di consueto, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dell'Assistenza territoriale, il Rapporto Osservasalute presenta di seguito l'applicazione di indicatori "core" al fine di misurare e monitorare i bisogni di salute della popolazione, nonché l'appropriatezza e gli esiti dei processi assistenziali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. (20 gennaio 2022). Decreto ministeriale sulla ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari (22A01552). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Serie Generale, n. 57, 09 marzo 2022.
- (2) Damiani G, Arcaro P, Michelazzo MB. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2021, Assistenza territoriale, 2021.
- (3) Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference? Can J Public Health. 2006 Sep-Oct;97(5):409-11. doi: 10.1007/BF03405354. PMID: 17120883; PMCID: PMC6976192.
- (4) Declaration of Astana. Global conference on primary health care. Astana, Kazakhstan 25-26 October 2018. WHO and UNICEF, 2018.
- (5) Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. N Engl J Med. 1979 Nov 1;301(18):967-74. doi: 10.1056/NEJM197911013011804. PMID: 114830.
- (6) Banerji D. Primary health care: selective or comprehensive? World Health Forum, vol. 5. 1984.
- (7) Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All-from consensus to complexity. BMJ Glob Health. 2018 Dec 20; 3 (Suppl 3): e001188. doi: 10.1136/bmjgh-2018-001188. PMID: 30622747; PMCID: PMC6307566.
- (8) Baum F, Freeman T, Lawless A, Labonte R, Sanders D. What is the difference between comprehensive and selective primary health care? Evidence from a five-year longitudinal realist case study in South Australia. BMJ Open. 2017 Apr 28; 7 (4): e015271. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015271. PMID: 28455425; PMCID: PMC5719653.
- (9) Camera dei Deputati, XIX Legislatura (20 marzo 2023). "I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR" (Documento n. 23). Documentazione e ricerche.



Assistenza Domiciliare Integrata

Significato. La crescente longevità della popolazione italiana, se da un lato rappresenta certamente un rilevante esito del servizio sanitario pubblico che ha reso disponibili, universalmente, i progressi dell'innovazione scientifica e tecnologica, in particolare nel campo dell'assistenza del paziente acuto e della prevenzione, dall'altro si accompagna ad un progressivo incremento dell'incidenza e della prevalenza di patologie cronicodegenerative. Nel 2022, la speranza di vita alla nascita si attesta a 82,6 anni, registrando una crescita di 0,1 anni rispetto all'anno precedente, età comunque inferiore ai valori registrati nel 2019. La speranza di vita a 65 anni si mantiene stabile, nel 2022 rispetto al 2021, a 20,4 anni, collocandosi ad un valore inferiore al 2019. Permane il contributo alla mortalità dei decessi per COVID-19: nel 2022 il totale dei decessi per tutte le cause è stato pari a 713 mila unità, superiore dell'1,7% rispetto al 2021, anche se inferiore del 3,6% (-27.000 unità) rispetto al 2020 (1, 2).

Al 1° gennaio 2023 la popolazione, secondo i primi dati provvisori, scende a 58 milioni 850 mila unità, 179 mila in meno rispetto all'anno precedente; tale calo presenta, tuttavia, un'intensità minore, sia rispetto a quello osservato nel 2021, sia nel 2020. La percentuale degli ultra 75enni rispetto all'intera popolazione è in ulteriore incremento rappresentando il 24,0% dei residenti (1). Prosegue, nonostante l'eccesso di mortalità registrato, la crescita del processo di invecchiamento della popolazione e si assiste, pertanto, all'aumento dello squilibrio demografico: al 1° gennaio 2023 l'Indice di Vecchiaia è pari a 193,1 ultra 65enni per 100 giovani di età <15 anni, in ulteriore crescita rispetto l'anno precedente (187,6) (1-3).

La percentuale di residenti affetti da almeno una patologia cronica risulta stabile nel 2022 attestandosi al 40,4%. Le patologie cronicodegenerative affliggono, con una lieve deflessione rispetto al 2021, il 50,9% della popolazione tra i 55-59 anni raggiungendo la quota dell'86,0% tra le persone ultra 75enni. Il 21,5% della popolazione risulta essere affetto da due o più patologie croniche, dato in lieve aumento rispetto al 2021, con differenze di genere marcate negli *over 55* e una frequenza maggiore per il genere femminile ad eccezione delle malattie cardiache e della bronchite cronica (4). Tra gli ultra 75enni la multi-morbilità continua l'andamento in crescita attestandosi al 66,0%, in particolare a svantaggio del genere femminile (58,5% tra gli uomini e 71,4% tra le donne) (4). Sono circa 4,6 milioni gli anziani in Italia con moderate o gravi difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività della vita domestica che dichiarano di aver bisogno di aiuto per svolgere tali attività, e tra questi sono oltre 2 milioni gli individui di 65 anni ed oltre (il 33,7%) che non si sentono adeguatamente

aiutati pur avendo livelli di autonomia compromessa; le donne esprimono un maggior bisogno di aiuto (76,2% vs 65,3% degli uomini) e riferiscono più spesso bisogni di assistenza non soddisfatti (35,5% vs 29,9%) (5). Il quadro che si delinea è quello di una popolazione anziana che deve sostenere un peso elevato in termini di salute ed in termini economici, a causa della lunga durata delle malattie cronicodegenerative, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per l'assistenza sanitaria (6).

Al fine di garantire un'assistenza appropriata ai pazienti non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, sono necessari percorsi assistenziali consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita (art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017). Secondo la definizione del Ministero della Salute, l'ADI consiste in un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati al domicilio della persona non autosufficiente o in condizioni di fragilità (7). L'ADI assicura, infatti, l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica e riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti e cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate nell'ambito del Distretto, come previsto sia dalla normativa nazionale, inclusi gli Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale che hanno dato forte impulso alle cure a domicilio, sia dagli atti approvati dalle Regioni in materia di assistenza socio-sanitaria.

L'ADI si rivolge ai pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure, come i pazienti post-acuti dimessi dall'Ospedale che, ove non adeguatamente assistiti a domicilio, potrebbero incorrere a breve in una reiterazione del ricovero ospedaliero e pazienti cronici stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali a rischio di riacutizzazione, per i quali il percorso di cura richiede una forte integrazione tra diverse figure professionali. In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come valida alternativa per contrastare il fenomeno dei ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità di vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero. In relazione al bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente si possono individuare interventi di ADI con livelli crescenti di intensità e complessità assistenziale. Le cure domiciliari integrate sono coadiuvate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutela-

re alla persona, generalmente erogate dai servizi sociali del Comune di residenza dell'assistito. A prescindere dalle forme dell'ADI, la responsabilità clinica è del MMG o del PLS che ha in carico il paziente, mentre l'*équipe* multidisciplinare, che ha sede organizzativa nel Distretto sanitario di residenza del paziente, è costituita, a seconda dei casi, da un infermiere professionale, un fisioterapista, un assistente sociale, un operatore socio-assistenziale e da medici specialisti che possono essere di supporto per miglio-

rare la presa in carico del paziente, concorrendo alla valutazione multidimensionale del bisogno clinico e alla definizione del "Progetto di Assistenza Individuale" socio-sanitario integrato.

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

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

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

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

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

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

Validità e limiti. I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD) istituito con DM del 17 dicembre 2008 e s. m. nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Con il DM della Salute n. 262/2016 è stato adottato il "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del SSN" con l'obiettivo di costruire una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Per il calcolo degli indicatori sono stati considerati gli assistiti di età ≥ 65 anni relativi a "Prese in Carico Erogate" (PIC erogate) nell'anno di riferimento. Per PIC si è inteso quelle per le quali ciascuna Regione/PA ha inviato i dati relativi al tracciato 1 e al tracciato 2 (relativo agli accessi). Le prese in carico con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base e Giorni di Cura (GdC) uguali a 0 sono state escluse. A tal proposito, si precisa che per ogni PIC viene calcolato il CIA. Il CIA è dato dal rapporto tra Giornate Effettive di Assistenza (GEA)/GdC, dove GEA è uguale al numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno 1 accesso a domicilio da un qualunque operatore dall'apertura dell'evento e GdC è il numero di giorni trascorsi dalla data del primo accesso dell'evento alla data dell'ultimo accesso. Nello specifico, GdC 0 identifica le PIC con CIA uguale a 0 (nessun

accesso al mese), mentre il CIA base identifica le PIC con CIA fino a 0,13 (meno di 4 accessi al mese).

L'indicatore proposto "Tasso di assistiti di età 65 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata", per le modalità di calcolo sopra riportate si differenzia, pertanto, significativamente dall'indicatore con cui si effettua il monitoraggio del raggiungimento dell'obiettivo relativo all'assistenza domiciliare previsto dal DM n. 77/2022, che prende in considerazione le PIC per tutte le classi di CIA (8).

L'attuazione del "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del SSN", a regime a partire dall'anno 2018, ha comportato l'adeguamento dei sistemi informativi regionali ed alla trasmissione di dati interconnettibili al NSIS del Ministero della Salute.

Per mantenere la profondità storica del patrimonio informativo acquisito fino all'introduzione del già menzionato Regolamento, si è ritenuto necessario rendere interconnettibili anche i dati già trasmessi al NSIS prima della pubblicazione del Regolamento. A tale fine, è stata effettuata un'attività di "recupero" dei codici assistito "old" attraverso l'associazione di questi ultimi con i codici univoci generati secondo le regole indicate dal Ministero della Salute. Tale attività di recupero e, più in generale la generazione per ogni assistito di un codice univoco a livello nazionale, definito dal Ministero della Salute, ha consentito l'effettiva distinzione dei soggetti assistiti a livello nazionale. Si è resa possibile una generale bonifica del dato tra-



smesso al NSIS con l'eliminazione delle possibili duplicazioni di codici assistito. Pertanto, si è reso necessario rielaborare i dati relativi al periodo tra il 2014 e il 2018.

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

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

Il debito informativo delle Regioni e PA nei confronti del SIAD risulta non pienamente omogeneo; conseguentemente ne deriva che sul territorio nazionale persistono aree con diverso grado di garanzia della completezza delle informazioni previste.

Gli indicatori ad oggi calcolabili sono quelli di attività, con ridotta possibilità di effettuare un'esauritiva riflessione sulla qualità dell'ADI erogata dalle ASL e sulla tipologia dei casi trattati in ragione della difficoltà collegata alla valutazione dell'outcome finale. La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale per la valutazione dei bisogni assistenziali, oltre alla presenza di diverse modalità organizzative e assistenziali sviluppate nelle diverse Regioni e PA (formulazione, erogazione, gestione e remunerazione del PAI), comporta una sensibile limitazione nella validità di un confronto interregionale. A partire dall'anno 2018 a causa della interconnessione delle banche dati non è stato possibile calcolare l'indicatore delle precedenti Edizioni "Tasso di assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata".

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

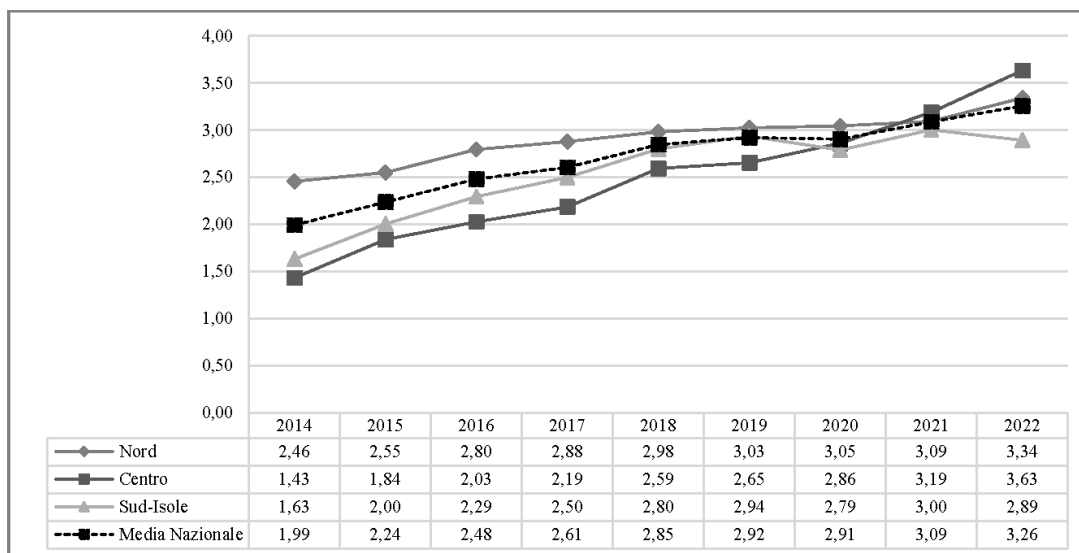
Descrizione dei risultati

In Italia, per l'anno 2022, si contano 459.153 cittadini con età ≥ 65 anni che sono inseriti in ADI, corrispondente al 3,26% della popolazione ultra 65enne media residente. Il numero degli assistiti trattati in ADI con età ≥ 65 anni mostra un incremento rispetto l'anno precedente pari al 5,5%, mostrando una continuità dell'andamento in crescita registrato nel 2021.

L'accorpamento per macroaree dei dati relativi al tasso di assistiti ultra 65enni in ADI mostra un andamento disomogeneo tra le ripartizioni geografiche in relazione alla disponibilità del dato per il 2022 per tutte le regioni e PA. In particolare, con la disponibilità del dato emerge una flessione del tasso di assistiti per il Sud ed Isole (-3,7%), il mantenimento della crescita per il Nord in linea rispetto alla tendenza nella serie storica dei 5 anni precedenti (+8,0%) e una conferma dell'accelerazione dell'incremento per le regioni del Centro (+13,9%) (Grafico 1, Nota: variazione non rappresentata all'interno del Grafico). A livello regionale si osservano, invece, importanti disomogeneità: si registra, infatti, un tasso minimo dello 0,89% in Calabria di cui si segnala il ripristino della disponibilità dei dati del SIAD; si evidenzia il valore più elevato per il Molise che raggiunge il 5,52% nel 2022; seguono l'Abruzzo (4,92%), la Basilicata (4,45%) e il Veneto (4,32%) (Tabella 1).

Se si analizza un target di età più elevato, nello specifico gli ultra 75enni, si registra un tasso di assistiti in ADI pari al 5,32%, in incremento rispetto al 5,02% dell'anno 2021. L'accorpamento per macroaree mostra un trend in crescita per Nord e Centro e una flessione per il Sud ed Isole in rapporto alla disponibilità del dato per tutte le regioni e PA. Si registra il tasso più elevato al Centro con 5,87% di ultra 75enni assistiti in ADI, mentre è inferiore nell'aggregazione Sud ed Isole con il 4,81%. L'analisi a livello regionale mostra una distribuzione per le singole regioni in linea con quella del precedente indicatore. La Calabria presenta il valore minimo di ricorso all'ADI (1,52%) mentre il Molise presenta il valore maggiore (9,14%) (Tabella 1. Nota: aggregazione per macroarea non rappresentata all'interno della tabella).



Grafico 1 - Tasso (valori per 100) di assistiti di età 65 anni ed oltre trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anni 2014-2022

Fonte dei dati: NSIS-SIAD-DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2023.

Tabella 1 - Assistiti (valori assoluti), popolazione media residente (valori assoluti) e tasso (valori per 100) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata di età 65 anni ed oltre e 75 anni ed oltre per regione - Anno 2022

Regioni	Assistiti 65+	Popolazione 65+	Tassi di assistiti 65+	Assistiti 75+	Popolazione 75+	Tassi di assistiti 75+
Piemonte	24.599	1.119.276	2,20	20.543	589.087	3,49
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	671	30.602	2,19	571	15.526	3,68
Lombardia	77.173	2.315.352	3,33	65.372	1.203.160	5,43
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3.396</i>	<i>107.543</i>	<i>3,16</i>	<i>2.964</i>	<i>56.589</i>	<i>5,24</i>
<i>Trento</i>	<i>3.359</i>	<i>125.041</i>	<i>2,69</i>	<i>2.772</i>	<i>63.420</i>	<i>4,37</i>
Veneto	50.178	1.161.826	4,32	42.363	601.516	7,04
Friuli Venezia Giulia	6.437	320.524	2,01	5.347	172.114	3,11
Liguria	14.991	435.479	3,44	12.759	241.167	5,29
Emilia-Romagna	43.087	1.082.511	3,98	36.948	575.501	6,42
Toscana	40.022	957.296	4,18	32.806	513.979	6,38
Umbria	9.172	228.654	4,01	7.881	122.108	6,45
Marche	14.400	383.381	3,76	12.249	202.875	6,04
Lazio	41.160	1.313.144	3,13	35.511	667.369	5,32
Abruzzo	15.755	320.416	4,92	12.984	161.569	8,04
Molise	4.235	76.704	5,52	3.515	38.449	9,14
Campania	28.964	1.141.428	2,54	23.348	529.697	4,41
Puglia	19.024	924.613	2,06	15.505	455.797	3,40
Basilicata	5.928	133.208	4,45	4.955	65.120	7,61
Calabria	3.844	432.803	0,89	3.156	207.153	1,52
Sicilia	45.661	1.095.120	4,17	35.880	526.732	6,81
Sardegna	7.097	385.769	1,84	5.819	200.477	2,90
Italia	459.153	14.090.685	3,26	383.248	7.209.401	5,32

Fonte dei dati: NSIS-SIAD-DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati rispetto alle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute evidenzia, per l'anno 2022, una crescita a livello nazionale dell'attività dell'ADI sostenuta dall'implementazione progressiva dei modelli organizzativi sanitari delle cure primarie sostenuta da

diverse velocità di sviluppo; viene confermato l'andamento del 2021 consolidando il superamento del rallentamento registrato nel 2020.

Tale andamento è in linea con gli obiettivi posti alle Regioni/PA per la diminuzione del tasso di ospedalizzazione attraverso l'erogazione di forme assistenziali

alternative al ricovero ospedaliero, anche alla luce di quanto previsto dal D. Lgs. n. 135/2012, la cosiddetta spending review della sanità (tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 per 1.000, durata media di degenza per i RO <7 giorni, tasso occupazione dei posti letto di almeno il 90%).

Dall'analisi dei dati relativi al tasso di assistiti in ADI nel 2022, accorpati per macroaree, emerge che in 3 regioni e PA è presente un andamento in discontinuità rispetto all'anno precedente in relazione agli esiti della pandemia COVID-19 sulla struttura demografica associata alla diversità di incidenza e alle disomogeneità nella risposta dei servizi sanitari regionali. Tuttavia, nel complesso, la forbice che si era limitata progressivamente nel 2021, mostra nel 2022 una discontinuità legata all'incremento di crescita del tasso di assistiti nelle regioni del Centro e alla disponibilità del flusso SIAD per Calabria e Sardegna che non rende direttamente confrontabile il dato con l'andamento storico dell'aggregazione Sud ed Isole.

Sebbene l'applicazione del flusso SIAD sintetizzi modelli organizzativi distinti ed evidenzi le difficoltà di una completa valutazione delle differenze rilevate, con il consolidamento di tale flusso e la disponibilità del dato nel 2022 per tutte le regioni e PA, si ha progressivamente a disposizione una possibilità di analizzare le diverse fasi del percorso e la caratterizzazione di profili di cura domiciliari. La completezza del flusso SIAD, promossa dall'introduzione degli indicatori distrettuali del Nuovo Sistema di Garanzia, consentirà così di valutare l'intensità e la complessità dell'assistenza erogata e la natura del bisogno coerentemente a quanto definito dai LEA anche in presenza di model-

li organizzativi eterogenei, in considerazione anche del loro ridisegno in risposta all'evento pandemico nei diversi contesti regionali. Infine, con l'applicazione di quanto previsto dal DM n. 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN", e lo sviluppo di forme di telemedicina e teleassistenza, è prevedibile che l'ADI possa trovare nel prossimo futuro una ulteriore progressione nella capacità della presa in carico dei pazienti favorendo maggiormente l'integrazione delle diverse figure professionali coinvolte nel processo di cura.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Tavole statistiche - Indicatori demografici. Disponibile sul sito: <https://demo.istat.it/tavole/?t=indicatori&l=it>. Ultimo accesso in data 06 marzo 2024.
- (2) Istat. Rapporto Annuale 2023 - L'Italia tra eredità del passato e investimenti per il futuro, Capitolo 1. L'evoluzione recente della sopravvivenza pag. 34.
- (3) Istat. Rapporto Annuale 2023 - L'Italia tra eredità del passato e investimenti per il futuro, Capitolo 1. 1.2.1 L'inverno demografico viene da lontano pag. 31.
- (4) Istat. Annuario Statistico Italiano 2023, Capitolo 4. Sanità e salute. Condizioni di salute, Malattie croniche pag. 170.
- (5) Istat. Rapporto Statistico Italiano 2022, Capitolo 3. Famiglie, stranieri e nuovi cittadini. pag. 171.
- (6) Cittadinanzattiva - XX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità - La cura che (ancora) non c'è.
- (7) Ministero della Salute. Cure Domiciliari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4706&area=Lea&menu=socioSanitaria. Ultimo accesso in data 07 marzo 2024.
- (8) Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

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

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

La loro attività occupa un ruolo rilevante nell'ambito del processo di integrazione tra assistenza sanitaria e

assistenza sociale.

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

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

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

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

Rapporto tra posti letto e beneficiari di prestazioni per la disabilità

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

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

I dati sulla base dei quali è stato costruito l'indicatore sono stati ponderati per tenere conto del numero di strutture che non hanno risposto alla rilevazione, corrispondente a circa il 22% dell'universo di riferimento. Al fine di valutare l'effetto sulla precisione dell'indicatore delle mancate risposte è stato calcolato il Coefficiente di Variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.

Il secondo indicatore è stato costruito rapportando i posti letto di ciascun *target* d'utenza prevalente (anziani non autosufficienti e persone con disabilità) ai "beneficiari di pensioni per persone con disabilità" stimati dall'Istat attraverso i dati provenienti dal Casellario centrale dei pensionati, nel quale l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale raccoglie i principali dati sulle prestazioni pensionistiche erogate da tutti gli Enti previdenziali italiani, sia pubblici sia privati.

L'obiettivo è quello di rapportare l'offerta residenziale ad una misura che meglio rappresenti la dimensione del bisogno di assistenza residenziale.

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

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

Eventuali variazioni in serie storica possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei *target* d'utenza adottati a partire dall'anno 2014.

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

Descrizione dei risultati

In Italia, i posti letto destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono, complessivamente,

ASSISTENZA TERRITORIALE

459

327.844, pari a 55,5 ogni 10.000 abitanti. La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani non autosufficienti (191,3 per 10.000), quote residuali sono, invece, rivolte ad utenti con disabilità (13,1 per 10.000). L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra soprattutto nelle regioni del Nord e si riduce sensibilmente nelle altre aree del Paese. I più alti livelli di offerta complessiva si registrano nella PA di Trento con 107,4 per 10.000; la più bassa dotazione di posti letto si riscontra, invece, nelle regioni meridionali con livelli minimi in Campania (10,7 per 10.000). Per quanto riguarda gli anziani, il tasso più elevato si

registra nella PA di Bolzano (458,9 per 10.000), mentre l'offerta più bassa si rileva in Campania dove il livello dei tassi scende a 23,1 per 10.000. La quota di posti letto dedicati alle persone con disabilità raggiunge i livelli massimi in Liguria e in Valle d'Aosta (rispettivamente, 28,6 e 27,6 per 10.000), mentre i valori minimi si registrano ancora una volta in Campania, con un tasso di 7,6 per 10.000) (Tabella 1). Se consideriamo il secondo indicatore, il gradiente Nord-Sud ed Isole aumenta per entrambi i target d'utenza, l'offerta di servizi residenziali è molto più bassa nel Sud e nelle Isole, dove la quota di percettori di pensioni risulta essere maggiore (Grafico 1).

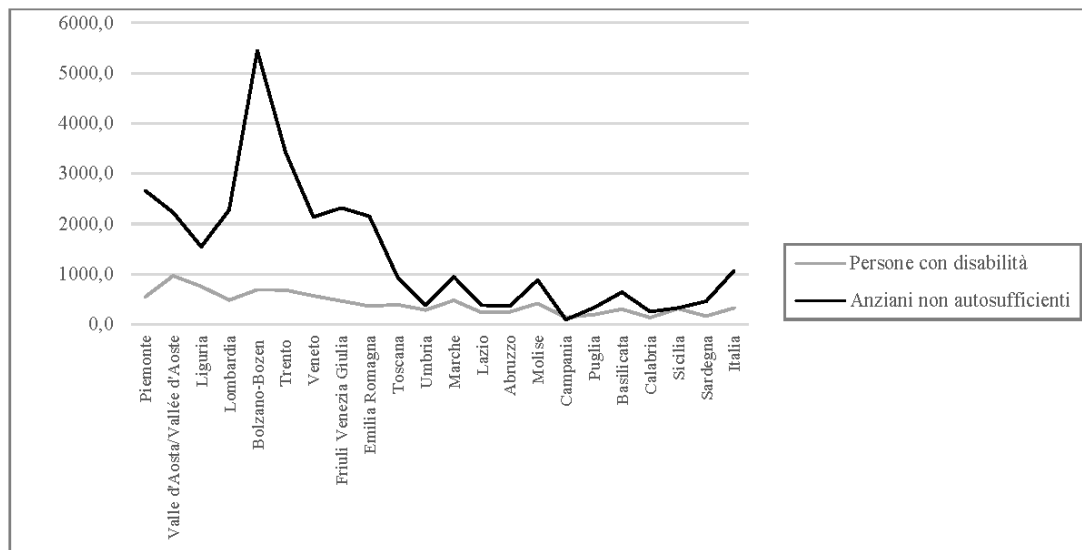
Tabella 1 - Tasso (valori per 10.000) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2021

Regioni	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Totale	Coefficiente di Δ %
Piemonte	16,0	324,3	96,9	0,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	27,6	313,0	98,1	0,0
Lombardia	13,2	296,2	78,8	1,2
Bolzano-Bozen	15,7	458,9	104,6	0,0
Trento	16,8	412,3	107,4	0,9
Veneto	15,3	294,2	81,8	1,1
Friuli Venezia Giulia	13,7	338,2	100,5	1,9
Liguria	28,6	232,4	87,5	2,9
Emilia Romagna	11,3	310,1	84,1	0,3
Toscana	12,3	147,5	47,6	1,5
Umbria	16,2	104,4	39,6	0,4
Marche	20,0	198,6	65,9	1,8
Lazio	10,6	75,4	25,4	2,1
Abruzzo	11,9	75,6	27,8	0,0
Molise	19,7	178,6	61,4	3,4
Campania	7,6	23,1	10,7	3,2
Puglia	11,3	83,2	28,1	3,1
Basilicata	16,1	143,3	47,2	0,0
Calabria	9,5	69,5	23,4	3,8
Sicilia	15,9	70,7	28,3	2,8
Sardegna	9,7	107,3	34,8	2,5
Italia	13,1	191,3	55,5	0,3

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2023.



Grafico 1 - Tasso (valori per 10.000 beneficiari di pensioni per persone con disabilità) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie per regione - Anno 2021



Fonte dei dati: Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2018. INPS: Casellario centrale dei pensionati. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Anno 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/290577.
- (2) Istat, Rapporto SDGs 2020. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/242819.
- (3) Istat, Gli indicatori del BES 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-%28bes%29/gli-indicatori-del-bes.





Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali

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

La presente Sezione prende in considerazione l'attività di assistenza socio-sanitaria erogata a favore degli anziani non autosufficienti (di età >65 anni) e delle persone con disabilità (<65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale o persone con patologia psichiatrica).

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

Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali

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

Tasso di ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali

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

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

L'indagine condotta sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ha fatto registrare, per l'anno 2021, un tasso di risposta pari al 78%. Al fine di tener conto delle mancate risposte e dell'effetto che queste hanno sulla precisione degli indicatori è stato calcolato il Coefficiente di Variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.

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

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

Descrizione dei risultati

Nel 2021 gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 218.800 (155,7 per 10.000 anziani residenti). Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente, 47.726 (13,3 per 10.000 adulti residenti) e 2.062 (2,2 per 10.000 minori residenti). In linea con il quadro di offerta, il maggiore ricorso all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani, per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nelle PA di Trento e Bolzano (rispettivamente, 360,0 e 371,8 per 10.000 anziani residenti).

Nel Meridione il tasso di ricovero si riduce considerevolmente e tocca i valori minimi in Campania, dove per 10.000 anziani residenti risultano ricoverati 17,8 anziani non autosufficienti, valori sensibilmente al di sotto del livello nazionale (155,7 per 10.000).

Risultati simili si ottengono dall'analisi degli indicatori riferiti agli ospiti adulti con disabilità: la Liguria fa registrare il più alto tasso di ricovero (25,0 ospiti adulti per 10.000 adulti residenti), mentre le regioni del Meridione vedono ridursi considerevolmente i livelli del tasso. L'andamento regionale risulta confermato anche in riferimento agli ospiti minori con disabilità. Per questa categoria di ospiti la Valle



d'Aosta risulta essere la regione con il più elevato tasso di ricovero (16,4 per 10.000 residenti) mentre i tassi più bassi si registrano soprattutto nelle regioni

del Sud con valori minimi in Calabria e Abruzzo (rispettivamente, 0,3 e 0,5 per 10.000 minori residenti) (Tabella 1).

Tabella 1 - Tasso (valori per 10.000) di ospiti anziani non autosufficienti, ospiti adulti con disabilità e ospiti minori con disabilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2021

Regioni	Anziani non autosufficienti		Adulti con disabilità		Minori con disabilità	
	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %
Piemonte	252,8	0,8	17,2	1,2	3,6	4,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	264,1	0,0	23,0	0,0	16,4	0,0
Lombardia	260,9	0,8	14,3	1,6	2,2	5,8
Bolzano-Bozen	371,8	0,0	22,9	0,0	5,0	0,0
Trento	360,0	0,8	20,3	1,0	2,3	2,9
Veneto	250,3	1,0	15,6	1,1	1,6	4,2
Friuli Venezia Giulia	260,6	1,6	13,6	2,0	2,1	7,8
Liguria	178,0	2,7	25,0	3,6	3,8	10,1
Emilia-Romagna	217,3	0,5	12,5	0,6	1,2	2,4
Toscana	122,1	1,4	11,9	2,3	2,2	5,2
Umbria	97,3	0,6	18,8	0,7	3,5	2,3
Marche	181,3	1,6	18,0	2,5	2,6	11,4
Lazio	61,5	2,8	10,9	3,5	2,0	8,5
Abruzzo	64,6	0,0	10,3	0,0	0,5	0,0
Molise	107,2	8,4	21,3	11,7	0,9	33,3
Campania	17,8	4,7	7,0	5,1	1,3	12,3
Puglia	70,7	3,1	10,9	4,5	2,2	10,6
Basilicata	91,4	0,0	16,1	0,0	1,0	0,0
Calabria	54,7	5,0	9,0	9,6	0,3	20,4
Sicilia	50,1	3,9	15,5	4,2	4,1	20,8
Sardegna	86,5	3,1	7,9	4,6	2,3	11,9
Italia	155,7	0,9	13,3	1,2	2,2	3,1

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Anno 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/290577.
- (2) Istat, Rapporto SDGs 2020. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/242819.
- (3) Istat, Gli indicatori del BES 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-%28bes%29/gli-indicatori-del-bes.



Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica

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

Su queste basi concettuali il tasso di ospedalizzazione per asma, come proposto dall'*Agency for Healthcare Research and Quality*, intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione, accesso alle cure e trattamento, presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero in Ospedale.

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

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

$$\text{Tasso} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

Numeratore: Dimissioni ospedaliere di pazienti di età 0-17 anni affetti da asma*

Denominatore: Popolazione media residente di età 0-17 anni

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

Validità e limiti. La stima dei ricoveri ospedalieri per asma in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza e dell'efficacia del processo di assistenza rivolto al bambino. Inoltre, in via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie.

Un limite alla validità dell'indicatore può essere rappresentato dalla completezza e dalla qualità delle codifiche presenti nelle SDO.

Per meglio delineare la qualità dell'accesso ai servizi territoriali, è consigliabile includere nell'indicatore non solo i RO, ma anche i DH, poiché una quota considerevole delle ospedalizzazioni evitabili per asma in età pediatrica rientra in questo regime di ricovero, con notevoli differenze tra le regioni (3).

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

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

Si è scelto di escludere dalle analisi il Lazio perché il suo tasso di ospedalizzazione, oltre quattro volte superiore rispetto a quello nazionale (1,50 per 1.000), non può ritenersi interamente ascrivibile a differenze nella qualità delle cure primarie. Un'analisi secondaria condotta separatamente sui RO e i DH ha, infatti, mostrato che il tasso di ricovero in DH nel Lazio è 6,6 volte superiore al valore di riferimento nazionale (1,18 vs 0,18 per 1.000), rappresentando dunque una

eccezione nel panorama italiano. È verosimile che questa differenza sia dovuta alla gestione amministrativa dei ricoveri in DH dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, che accoglie più del 40% delle ospedalizzazioni pediatriche del Lazio e i cui ricoverati sono per oltre il 70% residenti in regione. Come confermato dai dati divulgati dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, infatti, nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è prassi aprire una SDO per ogni singolo accesso ospedaliero, anche se relativo ad uno stesso paziente (6).

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2022, il tasso di ospedalizzazioni per asma in età pediatrica è pari a 0,24 per 1.000, in lieve rialzo rispetto al 2021 (0,20 per 1.000, +20,00%), ma comunque inferiore rispetto al 2019 (0,40 per 1.000, -40,00%).

In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età. Rispetto ai ragazzi di età 15-17 anni, il rischio di ricovero per asma è significativamente più alto nei bambini di età <1 anno (Rischio Relativo-RR = 2,89; IC 95% = 2,24-3,75), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR = 5,56; IC 95% = 4,65-6,64), 5-9 anni (RR = 3,06; IC 95% = 2,55-3,66) e 10-14 anni (RR = 1,46; IC 95% = 1,20-1,77) (dati non presenti in tabella).

L'aumento delle ospedalizzazioni per asma pediatrica tra il 2021 e il 2022 ha coinvolto 15 regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna), mentre nelle restanti 5 regioni il tasso è diminuito o rimasto invariato. Queste 5 regioni sono,



nello specifico: PA di Trento (da 0,21 a 0,13 per 1.000, -38,10%), Liguria (da 0,36 a 0,28 per 1.000, -22,22%), Toscana (da 0,20 a 0,18 per 1.000, -10,00%), Umbria (da 0,24 a 0,23 per 1.000, -4,17%) e Marche (da 0,16 a 0,16 per 1.000, -0,00%).

Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi std per età a livello regionale. A parziale conferma di quanto osservato nel 2021, le regioni che presentano performance significativamente peggiori rispetto al dato nazionale

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

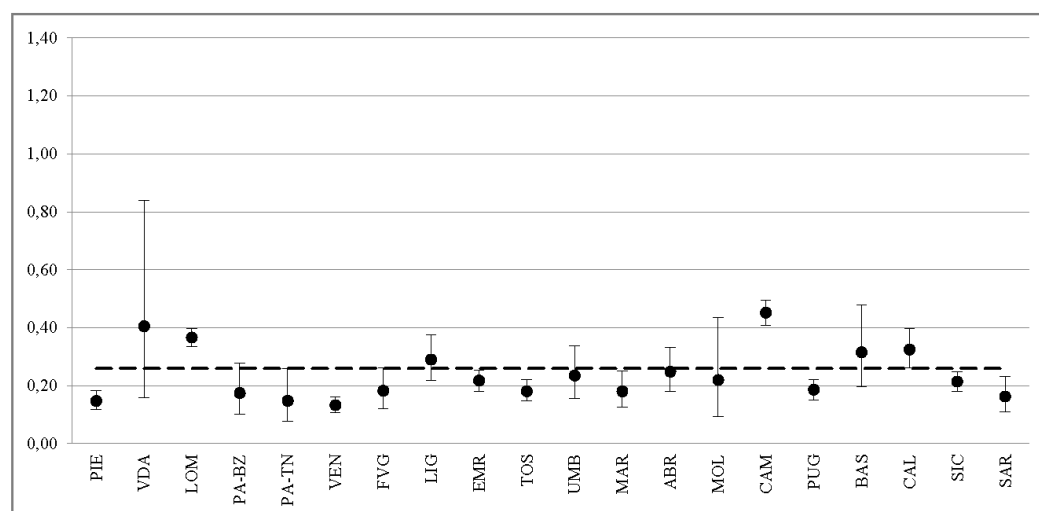
Tabella 1 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da asma per regione - Anno 2022

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	0,34	0,29	0,11	0,07	0,08	0,14
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,91	0,40	0,33	0,00	0,37
Lombardia	0,54	0,93	0,31	0,11	0,07	0,33
Bolzano-Bozen	0,00	0,47	0,14	0,07	0,06	0,17
Trento	0,00	0,46	0,16	0,00	0,00	0,13
Veneto	0,03	0,19	0,18	0,09	0,08	0,13
Friuli Venezia Giulia	0,27	0,29	0,22	0,10	0,09	0,17
Liguria	0,12	0,46	0,22	0,30	0,21	0,28
Emilia-Romagna	0,20	0,53	0,21	0,06	0,06	0,20
Toscana	0,05	0,11	0,26	0,20	0,14	0,18
Umbria	0,00	0,27	0,35	0,20	0,12	0,23
Marche	0,11	0,43	0,18	0,07	0,05	0,16
Abruzzo	0,00	0,40	0,37	0,12	0,14	0,24
Molise	0,60	0,27	0,37	0,08	0,00	0,20
Campania	0,52	0,73	0,57	0,29	0,13	0,43
Puglia	0,23	0,42	0,20	0,06	0,05	0,17
Basilicata	0,31	0,76	0,34	0,04	0,13	0,29
Calabria	0,08	0,48	0,37	0,24	0,25	0,32
Sicilia	0,16	0,36	0,27	0,14	0,05	0,20
Sardegna	0,00	0,33	0,20	0,06	0,10	0,15
Italia	0,27	0,51	0,28	0,13	0,09	0,24

Nota: il Lazio è escluso dalle analisi poiché nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è prassi aprire una SDO per ogni accesso in DH, anche se relativo a uno stesso paziente.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da asma per regione - Anno 2022



Nota: il Lazio è escluso dalle analisi poiché nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è prassi aprire una SDO per ogni accesso in DH, anche se relativo a uno stesso paziente.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.



Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2022, il tasso nazionale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per asma in età pediatrica è risultato pari a 0,24 ogni 1.000 abitanti. Questo risultato, benché in lieve rialzo rispetto al 2021 (0,20 per 1.000, +20,00%), conferma la riduzione degli accessi impropri in Ospedale rispetto al 2019 (0,40 per 1.000, -40,00%). La contrazione degli accessi alle prestazioni ospedaliere da parte dei cittadini può essere vista come il risultato di effetti diretti e indiretti della pandemia da COVID-19, quali le indicazioni di limitare gli accessi al PS, l'applicazione di periodi di lockdown ed il timore del contagio.

Benché 3 regioni continuino a manifestare un dato significativamente superiore alla media nazionale, l'osservazione di un decremento nelle ospedalizzazioni evitabili può essere accolta positivamente, poiché testimonia l'implementazione di attività e servizi mirati di assistenza territoriale e la riduzione della pressione sui posti letto e sul personale ospedaliero, favorendo una maggiore attenzione alla cura dei pazienti affetti da COVID-19. Tuttavia, il mero computo dei tassi di ospedalizzazione non consente di quantificare l'efficacia e l'appropriatezza delle attività

territoriali messe in campo per la presa in carico del paziente con asma in età pediatrica, e potrebbe celare un mancato accesso a qualunque tipo di prestazione sanitaria.

Riferimenti bibliografici

- (1) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications (version 4.5). PDI #14 asthma admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013.
- (2) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data. *Pediatrics* 2008; 122: e416-e425.
- (3) Luciano L, Lenzi J, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical validation of the "Pediatric Asthma Hospitalization Rate" indicator. *Ital J Pediatr* 2014; 40: 7.
- (4) Chiang CL. Standard error of the age-adjusted death rate. U.S. Department of Health, Education and Welfare: Vital Statistics Special Reports 1961; 47: 271-285.
- (5) Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. *Stat Med* 1991; 10: 457-462.
- (6) Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. I ricoveri in età pediatrica nel Lazio. Anno 2012. Roma: Regione Lazio; 2012.



Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica

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

tasso di ospedalizzazione può descrivere la qualità dei servizi territoriali in termini di accessibilità e di appropriatezza delle cure presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero ospedaliero (1, 3, 4).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2022, il tasso di ospedalizzazioni per gastroenterite in età pediatrica è pari a 1,15

per 1.000, in marcato rialzo rispetto al 2021 (0,73 per 1.000, +57,53%), ma comunque inferiore rispetto al 2019 (1,64 per 1.000, -29,88%).

In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età. Rispetto ai ragazzi di età 15-17 anni, il rischio di ricovero per gastroenterite è significativamente più alto nei bambini di età <1 anno (Rischio Relativo-RR = 24,32; IC 95% = 21,72-27,22), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR = 14,45; IC 95% = 12,98-16,09), 5-9 anni (RR = 4,38; IC 95% = 3,91-4,89) e 10-14 anni (RR = 1,54; IC 95% = 1,36-1,74) (dati non presenti in tabella).

L'aumento delle ospedalizzazioni per gastroenterite pediatrica tra il 2021 e il 2022 ha coinvolto tutto il territorio nazionale ad eccezione della Valle d'Aosta (da 0,68 a 0,53 per 1.000, -22,06%).

Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi std per età a livello regionale. A conferma di quanto osservato nel 2021, le regioni del Mezzogiorno presentano performance significativamente peggiori (Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata e Sicilia) o in linea con il dato nazionale (Campania, Calabria e Sardegna), mentre la maggior parte delle regioni del Nord e del Centro mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al valore nazionale (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria). Le restanti regioni presentano valori in linea con il dato nazionale (PA di Bolzano, Marche e Lazio).



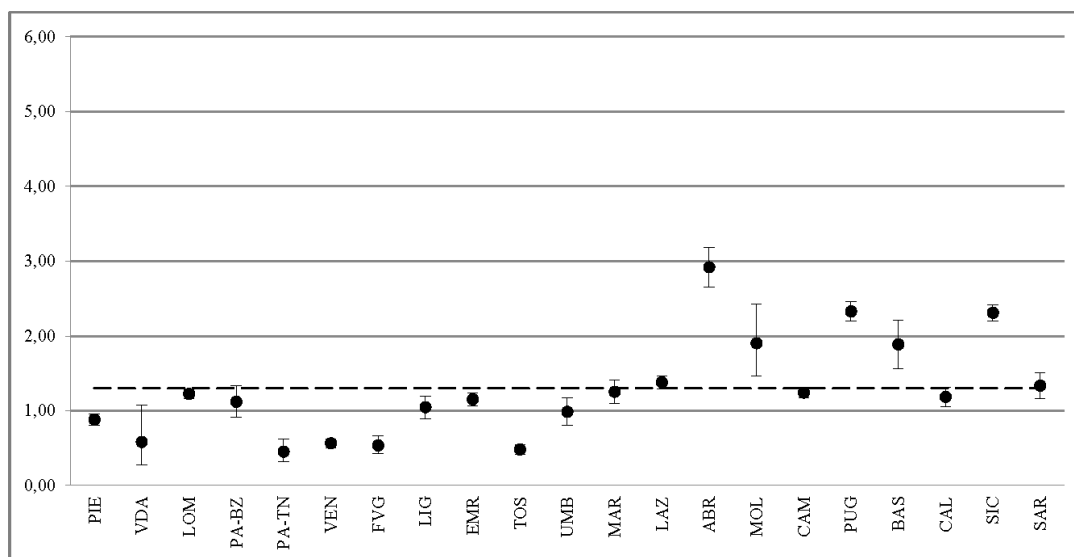
ASSISTENZA TERRITORIALE

467

Tabella 1 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da gastroenterite per regione - Anno 2022

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	3,98	1,84	0,62	0,22	0,14	0,78
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,63	0,60	0,60	0,17	0,55	0,53
Lombardia	5,90	2,38	0,84	0,32	0,30	1,09
Bolzano-Bozen	3,57	2,96	0,72	0,14	0,17	1,08
Trento	2,19	0,41	0,48	0,14	0,42	0,43
Veneto	2,44	1,13	0,46	0,15	0,07	0,50
Friuli Venezia Giulia	2,88	0,96	0,37	0,15	0,12	0,47
Liguria	4,33	2,07	0,90	0,29	0,13	0,92
Emilia-Romagna	6,54	2,33	0,61	0,29	0,18	1,02
Toscana	2,52	0,95	0,27	0,13	0,13	0,42
Umbria	3,74	1,91	0,62	0,48	0,33	0,88
Marche	5,09	2,79	0,83	0,42	0,05	1,09
Lazio	4,74	3,43	0,82	0,31	0,27	1,20
Abruzzo	12,16	7,22	1,50	0,66	0,32	2,56
Molise	5,37	4,73	1,59	0,34	0,13	1,68
Campania	4,72	2,94	0,92	0,20	0,13	1,11
Puglia	6,69	6,01	1,50	0,57	0,32	2,04
Basilicata	3,68	4,42	1,57	0,52	0,73	1,72
Calabria	3,24	2,78	0,91	0,31	0,31	1,09
Sicilia	6,44	5,60	1,93	0,57	0,11	2,11
Sardegna	4,03	3,29	0,87	0,35	0,27	1,12
Italia	4,99	2,96	0,90	0,32	0,21	1,15

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da gastroenterite per regione - Anno 2022

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2022, il tasso nazionale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per gastroenterite in età pediatrica è risultato pari a 1,15 ogni 1.000 abitanti. Questo risultato, benché in rialzo rispetto al 2021 (0,73 per 1.000, +57,53%), conferma la riduzione degli accessi impropri in Ospedale rispetto al 2019 (1,64 per 1.000, -29,88%). La contrazione degli accessi alle prestazioni ospedaliere da parte dei cittadini può essere vista come il risultato di effetti diretti

e indiretti della pandemia di COVID-19, quali le indicazioni di limitare gli accessi al PS, l'applicazione di periodi di *lockdown* e il timore di contagio.

Benché 5 regioni manifestino un dato significativamente superiore alla media nazionale, l'osservazione di un decremento nelle ospedalizzazioni evitabili può essere accolta positivamente, poiché testimonia l'implementazione di attività e servizi mirati di assistenza territoriale e la riduzione della pressione sui posti letto e sul personale ospedaliero, favorendo una maggiore





attenzione alla cura dei pazienti affetti da COVID-19. Tuttavia, il mero computo dei tassi di ospedalizzazione non consente di quantificare l'efficacia e l'appropriatezza delle attività territoriali messe in campo per la presa in carico del paziente con gastroenterite in età pediatrica, e potrebbe celare un mancato accesso a qualunque tipo di prestazione sanitaria.

Riferimenti bibliografici

- (1) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data. *Pediatrics* 2008; 122: e416-e425.
- (2) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications (version 4.5). PDI #16 gastroenteritis admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013.
- (3) Beal AC, Co JP, Dougherty D, Jorsling T, Kam J, Perrin J, Palmer RH. Quality measures for children's health care. *Pediatrics* 2004; 113: 119-209.
- (4) Sedman A, Harris JM 2nd, Schulz K, Schwalenstocker E, Remus D, Scanlon M, Bahl V. Relevance of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators for children's hospitals. *Pediatrics* 2005; 115: 135-145.
- (5) Lenzi J, Luciano L, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical examination of the indicator 'pediatric gastroenteritis hospitalization rate' based on administrative hospital data in Italy. *Ital J Pediatr* 2014; 40: 14.
- (6) Chiang CL. Standard error of the age-adjusted death rate. U.S. Department of Health, Education and Welfare: Vital Statistics Special Reports 1961; 47: 271-285.
- (7) Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. *Stat Med* 1991; 10: 457-462.





Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile

Significato. Negli ultimi anni, il tema delle ospedalizzazioni evitabili ha assunto in Italia un ruolo di primaria importanza nella valutazione indiretta dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare, il monitoraggio di quelle condizioni patologiche che l'*Agency for Healthcare Research and Quality* definisce come "Ambulatory Care Sensitive Conditions" (1) ha permesso di evidenziare una serie di casistiche sanitarie per le quali un'adeguata gestione garantita a livello di cure ambulatoriali si rivela potenzialmente in grado di prevenire il ricovero ospedaliero. Esempi di trattazione di questa tematica possono ritrovarsi nei numerosi Approfondimenti che il Rapporto Osservasalute ha pubblicato in questi anni, nonché nell'attività di analisi svolta in seno al PNE che anche nell'Edizione 2023 ha dedicato ampio risalto alla valutazione "indi-

retta" dell'assistenza territoriale (2).

Facendo seguito a quanto già discusso nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, si procede in questa sede ad un aggiornamento dell'Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile, calcolato come combinazione dei diversi tassi di ospedalizzazione monitorati dal PNE per area territoriale, al fine di far emergere la variabilità nella gestione locale delle patologie oggetto di studio, sulla base delle conclusioni già emerse a tale riguardo in precedenti studi (3). Alla suddetta misura si affianca, anche per quest'anno, il confronto con una versione dell'Indice sintetico che tenga conto dei livelli complessivi di ospedalizzazione (propensione al ricovero) di ciascuna area territoriale studiata.

Indice sintetico di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per area territoriale

$$IS^x = (\sum_i TA^x_i P_i) / 100 \text{ (senza correzione)}$$

$$IS^{*x} = (\sum_i (TA^x_i / F^x) P_i) / 100 \text{ (con correzione)}$$

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

i = indicatore (vedi Tabella 1);

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

F^x = rapporto tra il tasso di ospedalizzazione complessivo dell'area territoriale x e il tasso medio italiano;

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

Validità e limiti. La fonte dei dati è rappresentata dalle SDO relative ai pazienti ricoverati presso strutture pubbliche e private accreditate negli anni 2020-2022.

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

In particolare, per il calcolo degli indicatori di ospedalizzazione evitabile sono stati accorpati i dati del biennio 2020-2021, e confrontati con i risultati del 2022, con il duplice intento di stabilizzare le misure del periodo COVID-19 su un arco temporale più lungo e valutare se, a distanza di 2 anni dalla pandemia, ci siano state variazioni significative.

Il livello di dettaglio territoriale del calcolo ha seguito la nuova classificazione delle aree territoriali del PNE che, a partire dall'Edizione 2021, considera le ASL come principale unità di aggregazione per la maggior parte delle regioni; fanno eccezione Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Molise e Sardegna, in cui le

Aziende sanitarie territoriali incorporano più province o addirittura coincidono con l'intero territorio regionale; in tal caso, si è scelto di mantenere la provincia come unità di analisi.

Sono stati, quindi, calcolati gli indicatori di ospedalizzazione evitabile per il biennio 2020-2021 e per l'anno 2022, sotto forma di tassi std per età e genere e specifici per area territoriale, secondo le metodologie e i protocolli utilizzati per il PNE (4).

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



ulteriormente frazionato sulla base del numero di ricoveri di ciascun indicatore (Tabella 1). Si sottolinea, peraltro, come tale sistema di attribuzione dei pesi sia frutto di scelte metodologiche, a fronte delle quali sono state effettuate verifiche di congruità che hanno dimostrato una relativa indipendenza del fenomeno studiato rispetto ai pesi stessi.

Al fine di uniformare i punteggi dei differenti indicatori, si è proceduto a calcolare gli *z-score* (in riferimento alla media e alla deviazione standard della distribuzione di ciascun indicatore per area territoriale), operazione effettuata sia per la versione standard

dell'indicatore, che per quella arricchita del sopraccitato fattore di correzione rappresentante la "propensione al ricovero" di ciascuna area. Quest'ultima misura è stata ricavata come rapporto tra il tasso di ospedalizzazione complessivo (numero totale SDO su popolazione residente) delle singole aree territoriali rispetto al tasso medio nazionale. Successivamente, si è provveduto a calcolare e a confrontare le due differenti versioni dell'Indice sintetico come media dei punteggi standardizzati dei nove indicatori, ponderate per i rispettivi pesi.

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

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

Valore di riferimento/Benchmark. In accordo con la metodologia di calcolo del *Treemap* utilizzata per le sintesi degli indicatori del PNE, i punteggi degli indici di sintesi delle differenti aree territoriali sono stati categorizzati mediante l'utilizzo dei *natural breaks*, tecnica di classificazione non supervisionata che prevede l'accorpamento dei punteggi in *cluster* aventi massima omogeneità interna e massima eterogeneità se confrontati l'uno con l'altro (5). Attraverso l'interazione di modelli proponenti differenti numeri di *cluster*, si è osservato un risultato ottimale in presenza di una suddivisione in cinque categorie, associate a differenti livelli di ospedalizzazione (basso, medio-basso, medio, medio-alto, alto).

Descrizione dei risultati

La riclassificazione dei tassi di ospedalizzazione in forma di Indice sintetico (con e senza correzione per la "propensione al ricovero") ha condotto alla rappresentazione grafica illustrata nei Cartogrammi presentati di seguito, nei quali è possibile visualizzare le 119 aree territoriali classificate secondo i cinque *cluster* di riferimento, per il biennio 2020-2021 e per il singolo 2022. Inoltre, al fine di offrire una visione d'insieme dei risultati, gli indicatori sono stati calcolati anche su base regionale, con i relativi valori mostrati in dettaglio in Tabella 2 e Tabella 3, insieme al livello di ospedalizzazione regionale utilizzato per il calcolo dell'Indice "corretto" per propensione al ricovero. Con riferimento al periodo pandemico 2020-2021 (Cartogramma 1), l'Indice sintetico ha fatto registrare

i punteggi migliori (*cluster* "basso" e "medio-basso") per la totalità delle aree del Piemonte, per le ATS della Lombardia confinanti con quest'ultimo, per buona parte delle aree di Toscana, Marche e Lazio, e per aree mediamente popolate di alcune regioni del Sud-Italia ed Isole.

Tali risultati sono principalmente ascrivibili a una tendenza all'ospedalizzazione evitabile inferiore alla media nazionale per la maggior parte delle aree sopraccitate, con pochi valori isolati che sono prossimi a quelli italiani, ma comunque di poco impatto sulla valutazione d'area. Interessante notare come i risultati di questi due *cluster* tendano ad un leggero peggioramento con l'introduzione del fattore di correzione (propensione al ricovero). In particolare, l'effetto appare molto marcato per alcune aree del Sud-Italia e per le Isole, nelle quali la tendenza al ricovero ospedaliero appare sensibilmente più bassa rispetto al totale del Paese (Tabella 3). Tra i passaggi di classificazione più marcati, si citano alcune aree di Puglia (ASL Barletta-Andria-Trani), Basilicata (ASL di Matera) e Calabria (ASP di Cosenza).

Il *cluster* con punteggi "medi" di ospedalizzazione evitabile è il più numeroso: in esso sono presenti 41 aree territoriali variamente distribuite in molte regioni, e che fanno registrare tassi di ospedalizzazione globalmente in linea con la media nazionale, al netto di alcune realtà che presentano andamenti dissimili tra differenti indicatori. L'implementazione del fattore correttivo si traduce in un lieve miglioramento dei risultati per 2 aree territoriali di Lazio e Liguria, e in



un peggioramento per 12 ASL, per la maggior parte afferenti a Puglia e Sicilia, nonché a zone particolarmente colpite dalla primissima ondata pandemica (ATS di Milano e dell'Insubria e Azienda ULSS Euganea del Veneto).

I punteggi “medio-alti” di ospedalizzazione evitabile si associano a 29 aree territoriali, alle quali corrispondono tassi di ospedalizzazione in linea o superiori alla media nazionale, principalmente in riferimento agli indicatori ai quali è attribuito un peso maggiore nel calcolo dell'Indice sintetico. Le aree maggiormente associate a questo livello risultano essere principalmente concentrate nel Nord e Centro Italia (Veneto, Umbria e Abruzzo), con l'eccezione di alcune province della Sardegna, nelle quali comunque l'alto livello di ospedalizzazione complessiva riporta i risultati in linea una volta applicato il fattore correttivo.

Infine, i livelli più elevati di ospedalizzazione per il periodo esaminato (classe “alta”) si rilevano nell'ATS di Brescia, nell'ASL di Spezzino, nell'Azienda USSL Veneto Orientale e nella totalità delle USL dell'Emilia-Romagna, per un totale di 11 aree. Tali zone presentano tassi di ospedalizzazione superiori alla media nazionale per la maggior parte degli indicatori che compongono l'Indice sintetico.

L'implementazione del fattore correttivo permette di osservare lievi miglioramenti nei tassi per circa la metà delle aree, tra le quali si segnalano alcune ASL dell'Emilia-Romagna (pur rimanendo su livelli di ospedalizzazione medio-alti) e la zona dello Spezzino. Il confronto con l'anno 2022 evidenzia una generale riduzione nell'Indice sintetico di ospedalizzazione (Cartogramma 2), che vede le classi di punteggi “medio-alti” e “alti” scendere, rispettivamente, a 8 e 3 aree territoriali. Tale risultato appare particolarmente incoraggiante, soprattutto se considerato che il livello complessivo di ospedalizzazione è cresciuto rispetto al biennio pandemico (Tabella 2, Tabella 3).

Nello specifico, il *cluster* con punteggi “bassi” di ospedalizzazione si è ulteriormente esteso ad alcune

grandi ASL di Campania e Toscana, consolidando nel frattempo la presenza delle aree del Piemonte. Da notare, comunque, che l'applicazione del fattore correttivo, pur non comportando sensibili scostamenti, risulta maggiormente impattante sulle aree del Sud-Italia e Isole già evidenziate nel periodo precedente, segno di una naturale tendenza a bassi livelli di ospedalizzazione per alcune regioni di questa zona.

Il *cluster* relativo ai livelli “medio-bassi” di ospedalizzazione si compone di 47 aree territoriali, e risulta essere il più numeroso tra i cinque livelli. Tra le zone che lo compongono, oltre a quelle già segnalate per il biennio pandemico, si aggiungono alcune grandi ASL di Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna; si sottolinea, inoltre, come l'applicazione del fattore correttivo restituisca un peggioramento nell'interpretazione dei risultati per alcune di queste regioni, in particolare per la Puglia, con le tre ASL di Bari, Taranto e Barletta-Andria-Trani, che risentono del forte scarto tra i livelli locali e nazionali di propensione al ricovero.

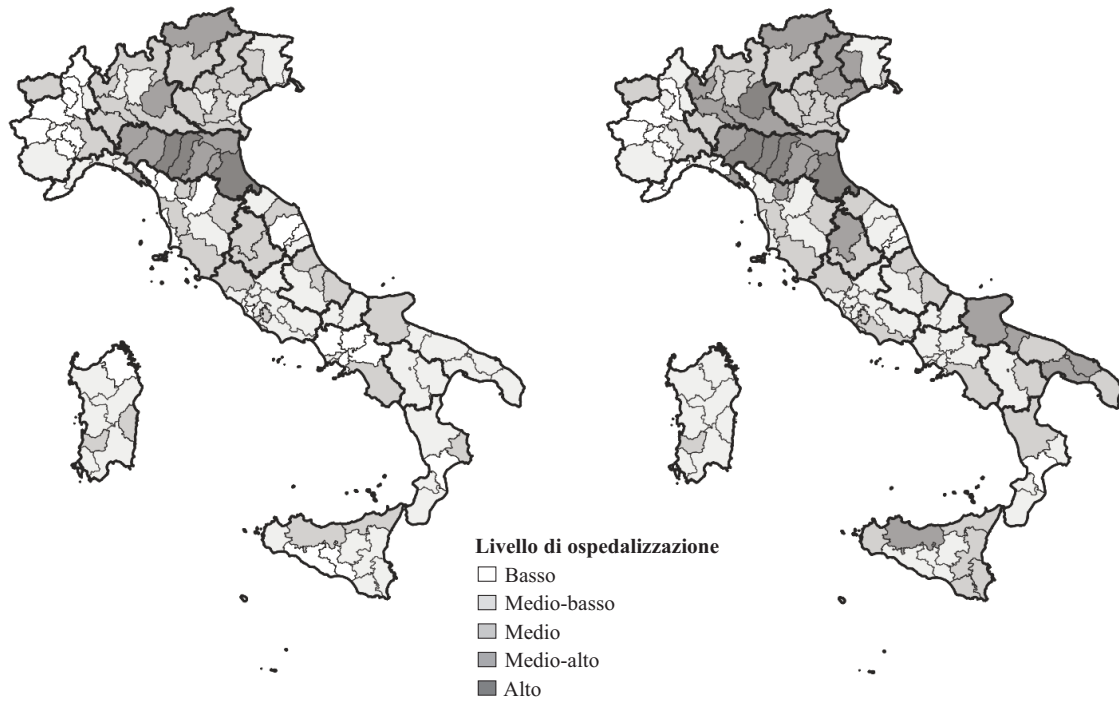
Il *cluster* “medio” è relativo a 37 aree territoriali, distribuite principalmente tra Nord (Lombardia e Veneto), Centro e 1 regione del Sud (Lazio, Abruzzo e Umbria). Di queste, buona parte mantiene valori di ospedalizzazione in linea rispetto ai 2 anni precedenti, ma allo stesso tempo, mantiene anche la tendenza al peggioramento con l'introduzione del fattore correttivo, specialmente nei casi delle aree metropolitane di Lombardia e Veneto.

Con riferimento ai livelli di ospedalizzazione “medio-alti” e “alti”, le 11 aree precedentemente citate coprono ancora una volta la totalità dell'Emilia-Romagna, la ASL Spezzino e l'ATS di Brescia, in aggiunta all'ASL della PA di Bolzano. A differenza del biennio precedente, non si notano sensibili miglioramenti a seguito dell'applicazione della propensione ospedaliera, probabilmente a causa della sensibile riduzione di numerosità di queste classi rispetto al periodo 2020-2021.

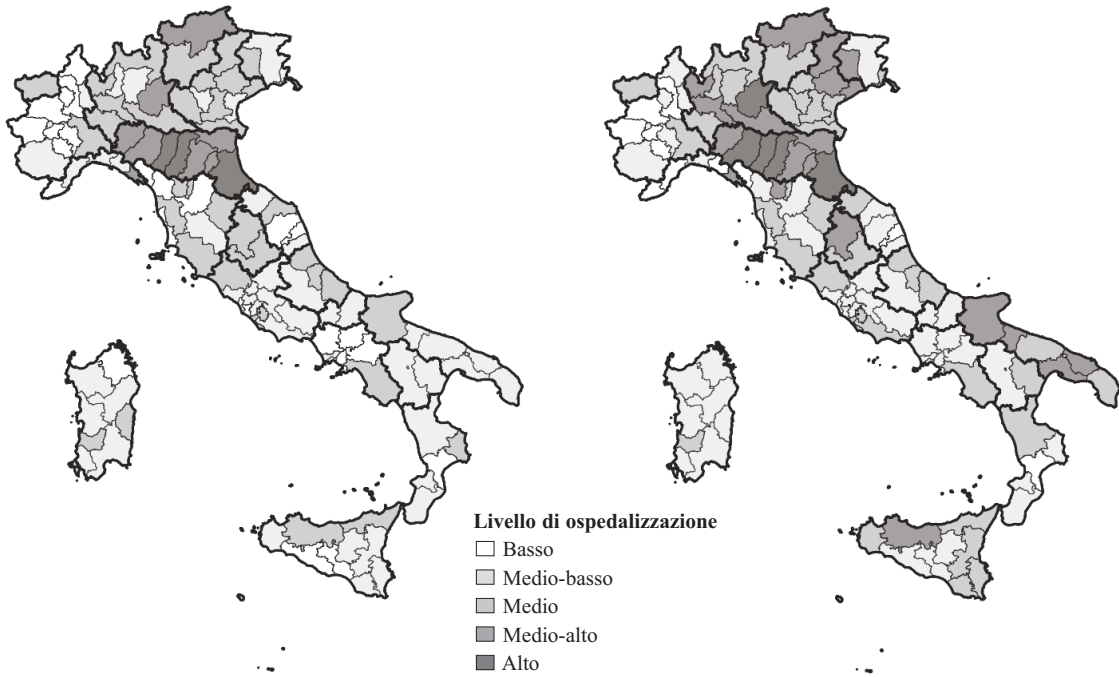




Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali, formulazione senza (sinistra) e con (destra) applicazione del fattore di correzione per propensione all'ospedalizzazione. Anni 2020-2021



Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali, formulazione senza (sinistra) e con (destra) applicazione del fattore di correzione per propensione all'ospedalizzazione. Anno 2022





ASSISTENZA TERRITORIALE

473

Tabella 2 - Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anni 2020-2021

Regioni	Influenza (anni 65+)	Infezioni del tratto urinario	Asma negli adulti	BPCO	Diabete non controllato senza complicanze	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	Ipertensione arteriosa	Scompenso cardiaco	TSO	Ospedalizzazione complessiva
Piemonte	0,02	0,44	0,02	0,92	0,03	0,18	0,05	1,73	0,09	125,45
Valle d'Aosta	0,00	0,81	0,02	1,47	0,00	0,12	0,15	2,85	0,18	149,96
Lombardia	0,06	0,86	0,06	0,96	0,08	0,34	0,08	2,53	0,07	114,35
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,26</i>	<i>1,40</i>	<i>0,04</i>	<i>1,13</i>	<i>0,23</i>	<i>0,29</i>	<i>0,19</i>	<i>3,17</i>	<i>0,03</i>	<i>143,36</i>
<i>Trento</i>	<i>0,01</i>	<i>0,59</i>	<i>0,02</i>	<i>0,87</i>	<i>0,10</i>	<i>0,44</i>	<i>0,10</i>	<i>2,74</i>	<i>0,08</i>	<i>134,24</i>
Veneto	0,06	0,75	0,03	0,80	0,11	0,41	0,10	3,05	0,05	121,35
Friuli Venezia Giulia	0,15	0,91	0,03	1,09	0,07	0,26	0,10	3,01	0,07	129,46
Liguria	0,03	0,56	0,04	1,08	0,06	0,26	0,13	2,07	0,12	144,35
Emilia-Romagna	0,08	1,42	0,03	1,59	0,15	0,43	0,13	3,07	0,17	139,39
Toscana	0,02	0,56	0,02	1,21	0,04	0,19	0,06	2,42	0,04	126,03
Umbria	0,04	0,95	0,03	1,08	0,10	0,26	0,20	2,74	0,19	134,13
Marche	0,01	0,44	0,02	0,79	0,02	0,27	0,08	2,37	0,11	132,50
Lazio	0,02	0,44	0,01	0,80	0,07	0,29	0,16	2,63	0,06	130,97
Abruzzo	0,03	0,28	0,02	1,15	0,04	0,46	0,13	2,98	0,15	131,79
Molise	0,01	0,18	0,01	0,65	0,04	0,28	0,07	3,18	0,10	124,21
Campania	0,01	0,24	0,07	1,07	0,04	0,35	0,17	2,24	0,03	122,46
Puglia	0,03	0,24	0,02	1,49	0,03	0,27	0,16	2,39	0,12	103,08
Basilicata	0,04	0,19	0,01	1,66	0,07	0,21	0,15	2,70	0,02	113,82
Calabria	0,01	0,16	0,03	0,95	0,06	0,27	0,17	1,84	0,11	104,48
Sicilia	0,02	0,28	0,01	0,82	0,07	0,24	0,13	2,75	0,19	108,69
Sardegna	0,03	0,45	0,03	1,02	0,12	0,22	0,10	2,08	0,17	134,43
Italia	0,04	0,59	0,03	1,04	0,07	0,30	0,12	2,52	0,09	122,54

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Fonte dei dati: Elaborazione PNE-Agenas su dati SDO 2020-2021 (numeratore) e Istat 2020-2021 (denominatore). Anno 2023.

Tabella 3 - Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anno 2022

Regioni	Influenza (anni 65+)	Infezioni del tratto urinario	Asma negli adulti	BPCO	Diabete non controllato senza complicanze	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	Ipertensione arteriosa	Scompenso cardiaco	TSO	Ospedalizzazione complessiva
Piemonte	0,05	0,48	0,02	1,14	0,04	0,18	0,04	1,80	0,10	139,90
Valle d'Aosta	0,03	1,02	0,01	1,86	-	0,12	0,18	3,11	0,16	168,18
Lombardia	0,07	1,01	0,08	1,27	0,07	0,38	0,09	2,75	0,06	127,01
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,72</i>	<i>1,50</i>	<i>0,06</i>	<i>1,47</i>	<i>0,24</i>	<i>0,32</i>	<i>0,17</i>	<i>3,40</i>	<i>0,03</i>	<i>153,67</i>
<i>Trento</i>	<i>0,11</i>	<i>0,68</i>	<i>0,04</i>	<i>1,34</i>	<i>0,10</i>	<i>0,42</i>	<i>0,12</i>	<i>3,05</i>	<i>0,08</i>	<i>147,13</i>
Veneto	0,09	0,91	0,04	0,95	0,10	0,40	0,08	3,14	0,04	129,17
Friuli Venezia Giulia	0,18	0,95	0,03	1,32	0,07	0,22	0,10	2,76	0,10	134,78
Liguria	0,05	0,63	0,06	1,42	0,06	0,20	0,13	2,18	0,10	159,69
Emilia-Romagna	0,13	1,63	0,05	2,07	0,14	0,44	0,11	3,22	0,16	147,87
Toscana	0,03	0,64	0,02	1,58	0,03	0,18	0,06	2,41	0,05	132,44
Umbria	0,08	0,95	0,03	1,37	0,11	0,28	0,20	2,93	0,16	146,40
Marche	0,02	0,47	0,02	0,99	0,02	0,31	0,10	2,57	0,08	143,43
Lazio	0,02	0,61	0,02	0,91	0,07	0,32	0,15	2,83	0,04	140,16
Abruzzo	0,01	0,27	0,02	1,40	0,03	0,41	0,11	2,78	0,14	141,68
Molise	0,01	0,26	0,01	0,78	0,04	0,33	0,07	3,13	0,05	135,20
Campania	0,01	0,25	0,06	1,18	0,05	0,34	0,20	2,20	0,05	132,69
Puglia	0,01	0,27	0,03	1,65	0,03	0,28	0,16	2,36	0,11	111,67
Basilicata	0,01	0,23	0,01	1,82	0,07	0,25	0,15	2,78	0,01	130,31
Calabria	0,02	0,16	0,02	0,94	0,09	0,33	0,17	1,90	0,10	123,93
Sicilia	0,01	0,29	0,01	0,88	0,06	0,23	0,11	2,92	0,18	117,20
Sardegna	0,04	0,38	0,03	1,14	0,08	0,21	0,06	1,80	0,18	140,18
Italia	0,06	0,67	0,04	1,26	0,07	0,31	0,11	2,61	0,09	132,90

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Fonte dei dati: Elaborazione PNE-Agenas su dati SDO 2020-2021 (numeratore) e Istat 2020-2021 (denominatore). Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

A fronte dei risultati maturati per entrambi i periodi in studio, si osserva una maggior tendenza all'omogeneità dell'Indice sintetico a livello intra-regionale. In particolare, tale omogeneità caratterizza sia le regioni con basso numero di aree territoriali (Basilicata, Umbria e Abruzzo), che quelle più grandi, con Piemonte, Toscana e Lazio caratterizzate da punteggi tendenzialmente medio-bassi, e Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna associate a punteggi medio-alti.

Da questo punto di vista, l'implementazione del fattore correttivo legato alla propensione ospedaliera in queste ultime due Edizioni del Rapporto Osservasalute, pur mettendo in evidenza un maggior ricorso all'ospedalizzazione evitabile per alcune grandi regioni del Meridione caratterizzate da bassi livelli di accessi ospedalieri, ha sostanzialmente "fotografato" una tendenza che sembra profondamente radicata nel comportamento di tali regioni risultando, pertanto, scarsamente esplicativa e meritevole di ripensamenti nel proseguimento dell'analisi.

In presenza di bassi livelli di ospedalizzazione evitabile, si raccomanda il mantenimento del comportamento positivo e il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio delle *performance*, al fine di protrarre nel tempo il risultato ottenuto. Di contro, alti livelli di ospedalizzazione suggerirebbero l'adozione di politiche di miglioramento dell'assistenza territoriale e di contenimento dei ricoveri ospedalieri per le patologie analizzate, nonché una valutazione sulla coerenza e uniformità

delle azioni svolte a livello regionale in presenza di eterogeneità intra-regionale. Va, comunque, segnalato come la diminuzione drastica delle aree ad alti livelli di ospedalizzazione tra i due periodi esaminati possa essere interpretata come una presa di coscienza delle regioni in tal senso, facendo dunque ben sperare per il futuro.

Infine, si segnala ancora una volta l'opportunità di affiancare la lettura "critica" dell'Indice sintetico di ospedalizzazione ad altri indicatori di bisogno e processo su scala territoriale, al fine di ottenere una valutazione globale e completa della problematica in esame.

Riferimenti bibliografici

- (1) Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ahrq.gov) October 2001. AHRQ Pub. No. 02-R0203.
- (2) Report Programma Nazionale Esiti 2023. Sezione "L'Assistenza Territoriale - Ospedalizzazioni evitabili". Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2023.pdf.
- (3) Manzoli L, Flacco ME, De Vito C, et al. AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy. *European Journal of Public Health* 2013; 24 (5): 745-50.
- (4) Programma Nazionale Esiti. Documento "Fonti e metodi". Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/fonti_metodi/metodi.pdf.
- (5) Jenks GF. The Data Model Concept in Statistical Mapping. *International Yearbook of Cartography* 1967; 7: 186-1.

Prime visite e visite di controllo

Significato. L'assistenza specialistica ambulatoriale è un'attività ricompresa nel livello dell'assistenza distrettuale (1). Nel contesto di questa attività, le visite specialistiche ambulatoriali costituiscono una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e possono essere distinte in prime visite, prevalentemente prescritte dal MMG/PLS e finalizzate a rispondere ad un quesito diagnostico, e in visite di controllo, prevalentemente prescritte dal medico specialista agli assistiti già conosciuti che hanno la necessità di essere seguiti nel tempo. Un'adeguata erogazione di prime visite risulta, quindi, necessaria per assicurare l'intercettazione del bisogno di cura, mentre un'adeguata erogazione di visite di controllo risulta necessaria per assicurare la continuità delle cure. La lettura combinata dei tassi di erogazione di queste prestazioni permette di valutare, simultaneamente, la capacità di intercettare il bisogno e di garantire la continuità delle cure. Naturalmente, questi indicatori vanno considerati insieme alle misure di bisogno (ad esempio, prevalenza delle condizioni croniche), di esito (ad esempio, tassi di ricoveri evitabili) e di costo.

Tasso standardizzato di prime visite

Numeratore	Prime visite erogate all'interno della regione a cittadini residenti in regione durante l'anno	
Denominatore	Popolazione residente al 1° gennaio dell'anno	x 100

Tasso standardizzato di visite di controllo

Numeratore	Visite di controllo erogate all'interno della regione a cittadini residenti in regione durante l'anno	
Denominatore	Popolazione residente al 1° gennaio dell'anno	x 100

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

Al fine di individuare la composizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stata utilizzata la Classificazione FaRe (3). Tale Classificazione, dall'acronimo delle due Autrici (Fadda A. e Repetto F.), proposta dalla Regione Emilia-Romagna, attribuisce ad ogni prestazione uno specifico raggruppamento superando, pertanto, la distinzione in branche, individuando cinque grandi tipologie di prestazioni: Visite,

Per ogni regione di residenza degli assistiti è stato calcolato il numero complessivo di prime visite e visite di controllo erogate e, di queste, la percentuale di visite erogate all'interno o al di fuori della regione di residenza. Tra le sole visite erogate all'interno della propria regione di residenza è stata calcolata la distribuzione per tipologia di prescrittore.

Per ogni regione erogatrice è stato calcolato il tasso std per età (con metodo diretto) di prime visite e visite di controllo erogate ad assistiti residenti nella propria regione, per 100 abitanti, nel periodo 2019-2022, sulla base dei dati riportati nel flusso informativo della specialistica ambulatoriale (art. 50 del DL n. 269 del 30 settembre 2003) e della popolazione residente a inizio anno secondo l'Istat (2). Come popolazione standard è stata utilizzata la popolazione italiana residente al 1° gennaio del 2019 in classi di età quinquennali dalla fascia 0-4 anni alla fascia 95 anni ed oltre. Le due misure sono state poi visualizzate con un grafico *scatter plot* nel quale le linee che dividono il grafico in quattro quadranti sono rappresentate dai valori mediani.

Diagnostica, Laboratorio, Terapeutiche, Riabilitazione.

Descrizione dei risultati

Nell'anno 2022, su un totale di 25.585.646 prime visite erogate ad assistiti residenti in Italia, il 97,3% è stato erogato all'interno della stessa regione di residenza. Su un totale di 26.964.788 visite di controllo, il 96,5% è stato erogato all'interno della stessa regione di residenza (Tabella 1). Il numero complessivo di prime visite e visite di controllo prosegue il trend in crescita dopo la forte flessione osservata nel 2020, ma si mantiene ancora al di sotto dei valori del 2019. Ad eccezione della Valle d'Aosta e della Liguria, le regioni con le più alte percentuali di fughe (residenti che effettuano visite fuori dalla propria regione di residenza) si concentrano nel Meridione (Grafico 1). Tendenzialmente, si tratta di spostamenti su regioni limitrofe da parte di residenti di province di confine. Molise, Valle d'Aosta e Liguria sono le 3 regioni con le più alte percentuali

di fughe per quanto riguarda sia le prime visite che le visite di controllo.

Due prime visite su tre sono prescritte dal medico di famiglia, mentre le visite di controllo sono prescritte più frequentemente da uno specialista ospedaliero che ha in carico il paziente (39,3%), seguito dal medico di famiglia (28,9%) (Tabella 2). La distribuzione delle visite per tipologia di prescrittore non ha subito forti cambiamenti dal 2019 al 2022, nonostante il generale calo delle prestazioni erogate.

Come detto, nel 2022 i volumi delle prestazioni continuano a salire, pur mantenendosi al di sotto dei valori pre-pandemici. Considerando le sole visite erogate a residenti nella propria regione, nel 2022 complessivamente in Italia sono state erogate 24.903.218 prime visite (pari al 41,5%) e 26.022.035 visite di controllo (pari al 43,0%). Nel 2019, le prime visite erano state 26.677.489, quelle di controllo 32.734.791, scese, rispettivamente, a 17.724.686 e 22.548.611 nel 2020 (Tabella 3).

La variabilità tra le regioni è piuttosto marcata. Per quanto riguarda le prime visite, nell'anno 2022, si va da un tasso di visite del 18,1% della Liguria al 65,6% dell'Emilia-Romagna. Considerando, invece, le visite di controllo si passa dal 16,7% della Liguria al 56,4% del Piemonte.

Osservando la mappa italiana non è possibile apprezzare un chiaro gradiente geografico Nord-Sud ed Isole. Sia per le prime visite che per le visite di controllo,

infatti, la Basilicata mostra un valore ben al di sopra della media delle altre regioni del Sud, mentre Liguria, Valle d'Aosta, Veneto e la PA di Bolzano al Nord, e le Marche al Centro, presentano valori decisamente inferiori alle altre regioni della stessa zona geografica (Grafico 2).

La combinazione dei tassi di prime visite e di visite di controllo pone tra le regioni con i valori più bassi su entrambe le scale, nel 2022, proprio la Liguria e la Valle d'Aosta nel Nord, le Marche nel Centro, il Molise, la Calabria, la Campania e Sicilia al Sud Italia (Grafico 3). Tra le regioni con i livelli di erogazione più alti troviamo, invece, le regioni del Centro (Lazio, Umbria e Toscana, alcune regioni del Nord (PA Trento, Lombardia, Piemonte ed Emilia-Romagna) e l'Abruzzo al Sud. La distribuzione delle regioni nei 4 anni non ha subito forti stravolgimenti, anche se alcune hanno seguito traiettorie in controtendenza rispetto al trend generale, modificando leggermente il proprio posizionamento in un'ipotetica graduatoria nazionale. In generale, quasi tutte le regioni hanno visto diminuire i propri tassi di erogazione di prime visite dal 2019 al 2022 (fanno eccezione Lombardia, Campania, PA di Trento, Lazio, Toscana ed Emilia-Romagna) e tutte quante hanno ridotto i tassi di visite di controllo. In particolare Liguria, Valle d'Aosta e Marche sono le prime 3 regioni per diminuzione relativa rispetto ai valori osservati nel 2019.

Tabella 1 - Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate nell'anno per regione di residenza - Anno 2022

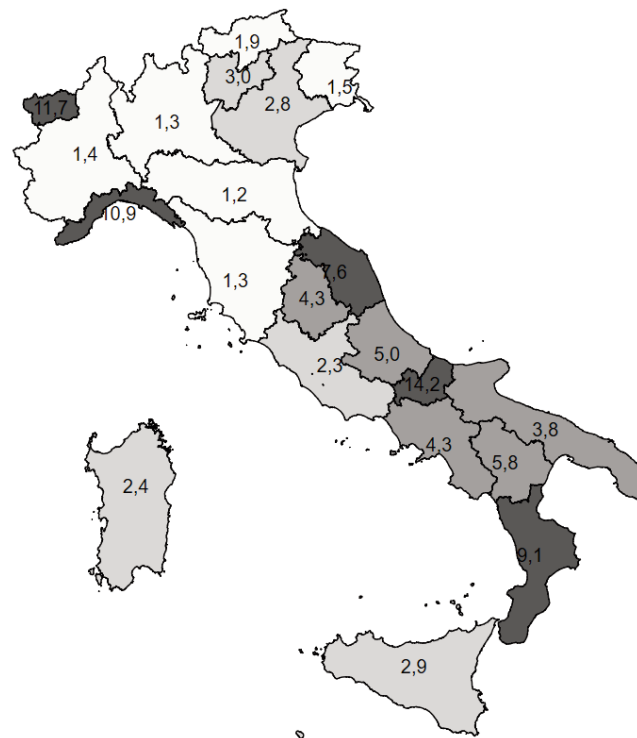
Regioni	Prime visite			Visite di controllo		
	N	Di cui erogate nella stessa regione di residenza		N	Di cui erogate nella stessa regione di residenza	
		N	%		N	%
Piemonte	2.636.701	2.599.139	98,6	2.609.783	2.547.590	97,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35.931	31.735	88,3	48.870	41.555	85,0
Lombardia	4.363.777	4.306.676	98,7	5.749.682	5.658.531	98,4
Bolzano-Bozen	164.857	161.707	98,1	279.845	274.364	98,0
Trento	240.057	232.909	97,0	243.554	224.932	92,4
Veneto	1.427.777	1.388.352	97,2	2.333.271	2.270.912	97,3
Friuli Venezia Giulia	569.915	561.321	98,5	439.675	424.848	96,6
Liguria	320.231	285.264	89,1	321.927	277.961	86,3
Emilia-Romagna	2.994.734	2.958.533	98,8	2.360.860	2.307.339	97,7
Toscana	2.039.486	2.013.172	98,7	1.911.990	1.876.853	98,2
Umbria	412.864	394.920	95,7	471.106	445.005	94,5
Marche	357.107	329.801	92,4	401.472	363.571	90,6
Lazio	2.668.211	2.607.520	97,7	2.689.156	2.620.393	97,4
Abruzzo	632.142	600.589	95,0	598.249	555.573	92,9
Molise	96.641	82.936	85,8	109.965	90.826	82,6
Campania	1.798.471	1.720.609	95,7	1.788.814	1.683.656	94,1
Puglia	1.366.898	1.314.822	96,2	1.617.952	1.554.455	96,1
Basilicata	293.859	276.715	94,2	222.605	197.124	88,6
Calabria	652.206	593.069	90,9	627.954	548.916	87,4
Sicilia	1.842.830	1.788.673	97,1	1.455.456	1.395.120	95,9
Sardegna	670.951	654.756	97,6	682.602	662.511	97,1
Italia	25.585.646	24.903.218	97,3	26.964.788	26.022.035	96,5

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.

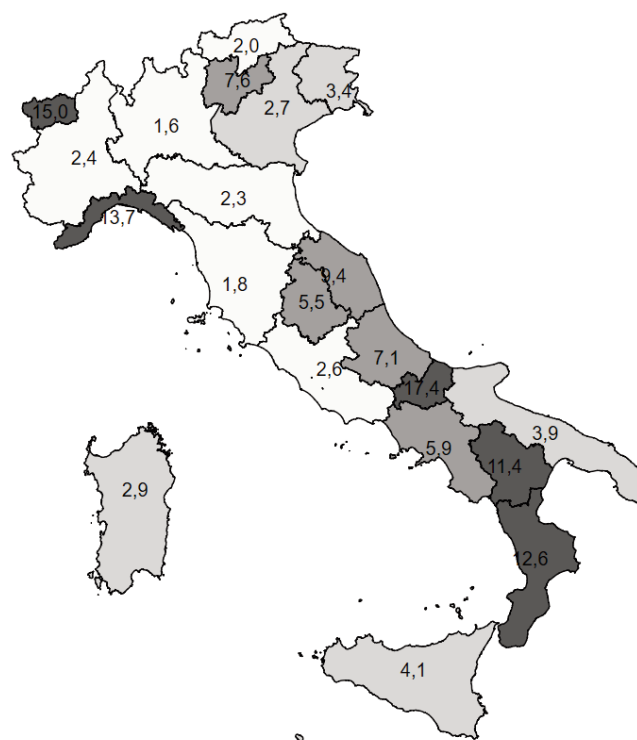


Grafico 1 - Prime visite e visite di controllo (valori per 100) erogate fuori dalla regione di residenza per regione di residenza - Anno 2022

Prime visite



Visite di controllo



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.



Tabella 2 - Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate a residenti in regione per prescrittore - Anno 2022

Prescrittore	Prime visite		Visite di controllo	
	N	%	N	%
Medico di Medicina Generale	16.427.286	66,0	7.512.786	28,9
Ospedaliero	3.331.705	13,4	10.233.741	39,3
Non indicato	2.150.462	8,6	2.053.044	7,9
Pediatra di Libera Scelta	1.260.788	5,1	299.086	1,1
Specialista ambulatoriale (ex Sindacato Unico Medici Ambulatoriali Italiani)	483.771	1,9	1.662.467	6,4
Medico di Azienda Ospedaliero-Universitaria	423.156	1,7	1.906.003	7,3
Specialista di struttura privata accreditata	309.572	1,2	1.224.637	4,7
Altra specializzazione	250.181	1,0	586.144	2,3
Dipendente dei servizi territoriali Azienda Unità Sanitaria Locale	131.918	0,5	403.472	1,6
Guardia Medica	100.620	0,4	60.058	0,2
Altro	33.759	0,1	80.597	0,3
Totale	24.903.218	100,0	26.022.035	100,0

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.

ASSISTENZA TERRITORIALE

479

Tabella 3 - Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e tasso standardizzato per 100) erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anni 2019-2022

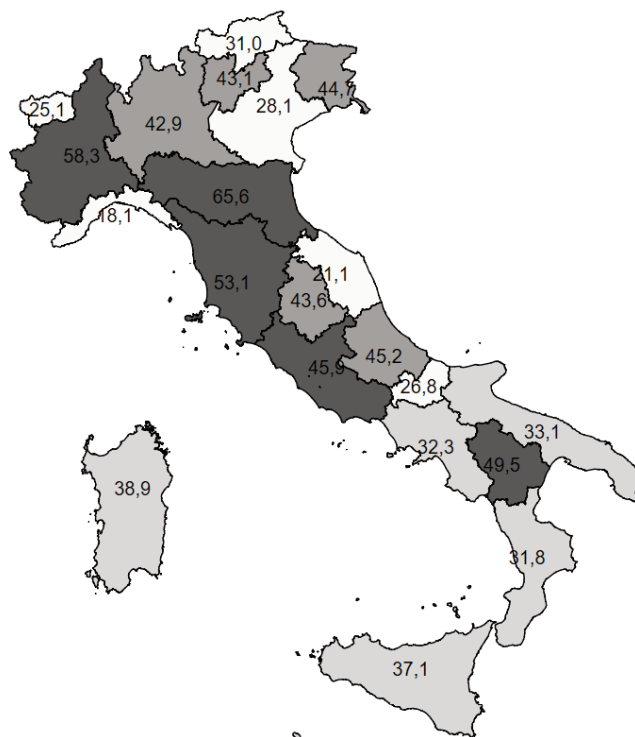
Regioni	2019				2020				2021				2022			
	Prime visite		Visite di controllo		Prime visite		Visite di controllo		Prime visite		Visite di controllo		Prime visite		Visite di controllo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piemonte	2.787.307	61,8	3.113.999	68,5	1.979.185	44,2	2.246.057	49,8	2.476.433	55,7	2.452.353	54,8	2.599.139	58,3	2.547.590	56,4
Valle d' Aosta	75.365	59,1	68.292	53,4	30.365	23,8	35.549	27,8	34.687	27,4	39.769	31,2	31.735	25,1	41.555	32,5
Lombardia	4.269.226	42,6	6.881.925	68,8	2.803.107	27,9	4.441.362	44,1	4.141.230	41,3	5.488.979	54,7	4.306.676	42,9	5.658.531	56,2
Bolzano-Bozen	290.306	56,7	426.323	86,1	147.474	28,4	258.846	51,4	177.069	33,9	286.049	56,5	161.707	31,0	274.364	53,9
Trento	224.609	42,1	263.103	49,5	164.632	30,5	212.271	39,3	234.930	43,6	219.329	40,7	232.909	43,1	224.932	41,5
Veneto	1.548.608	31,5	2.843.835	57,7	963.764	19,6	1.976.891	40,0	1.289.877	26,2	2.169.810	43,8	1.388.352	28,1	2.270.912	45,7
Friuli Venezia Giulia	578.793	45,6	489.582	37,6	418.520	33,2	370.239	28,4	472.889	37,6	371.402	28,6	561.321	44,7	424.848	32,8
Liguria	775.019	46,5	883.480	51,6	397.678	24,4	534.449	31,4	280.376	17,7	286.892	17,2	285.264	18,1	277.961	16,7
Emilia-Romagna	2.765.631	61,3	2.805.760	61,2	1.986.188	43,8	2.131.320	46,2	2.774.219	61,6	2.422.091	52,8	2.958.533	65,6	2.307.339	50,4
Toscana	1.984.999	51,9	1.993.909	51,3	1.505.856	39,7	1.630.617	42,3	2.025.431	53,4	1.875.154	48,7	2.013.172	53,1	1.876.853	48,7
Umbria	419.513	45,9	529.772	56,5	270.833	29,8	395.307	42,3	360.986	39,9	418.601	45,0	394.920	43,6	445.005	47,8
Marche	652.222	41,5	704.576	44,3	293.859	18,7	400.374	25,1	331.013	21,2	385.908	24,4	329.801	21,1	363.571	23,0
Lazio	2.603.216	44,9	3.212.795	55,8	1.845.813	32,3	2.187.619	38,3	2.289.884	40,1	2.392.829	41,7	2.607.520	45,9	2.620.393	45,4
Abruzzo	646.452	48,4	642.830	48,0	457.565	34,3	459.978	34,3	574.406	43,4	504.758	37,8	600.589	45,2	555.573	41,5
Molise	109.508	34,5	126.066	39,9	82.176	26,1	82.727	26,2	103.024	33,4	108.161	34,7	82.936	26,8	90.826	29,1
Campania	1.632.674	31,9	2.062.045	39,5	1.004.667	19,1	1.252.596	24,0	1.506.435	28,4	1.441.265	27,4	1.720.609	32,3	1.683.656	31,7
Puglia	1.433.469	36,3	1.833.128	46,7	970.786	24,8	1.404.918	36,0	1.266.058	32,1	1.506.290	38,1	1.314.822	33,1	1.554.455	39,1
Basilicata	309.344	54,6	257.454	45,6	163.086	28,9	147.360	26,2	256.967	45,9	189.811	34,0	276.715	49,5	197.124	35,2
Calabria	784.171	41,5	785.601	41,8	461.867	24,8	491.460	26,5	560.800	30,2	519.137	28,0	593.069	31,8	548.916	29,4
Sicilia	1.903.220	39,3	1.794.389	37,4	1.311.076	27,5	1.256.902	26,5	1.777.974	37,1	1.372.895	28,7	1.788.673	37,1	1.395.120	29,0
Sardegna	823.837	49,2	1.015.927	60,3	466.189	27,9	631.769	37,5	693.322	41,6	791.863	46,9	654.756	38,9	662.511	38,8
Italia	26.677.489	44,2	32.734.791	54,2	17.724.686	29,5	22.548.611	37,4	23.628.010	39,5	25.243.346	41,9	24.903.218	41,5	26.022.035	43,0

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.

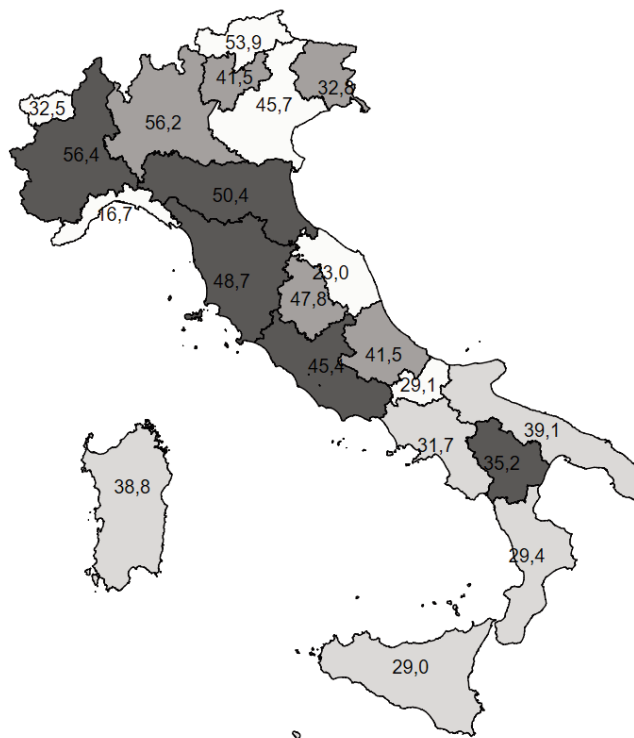


Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100) di prime visite e visite di controllo erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anno 2022

Prime visite



Visite di controllo

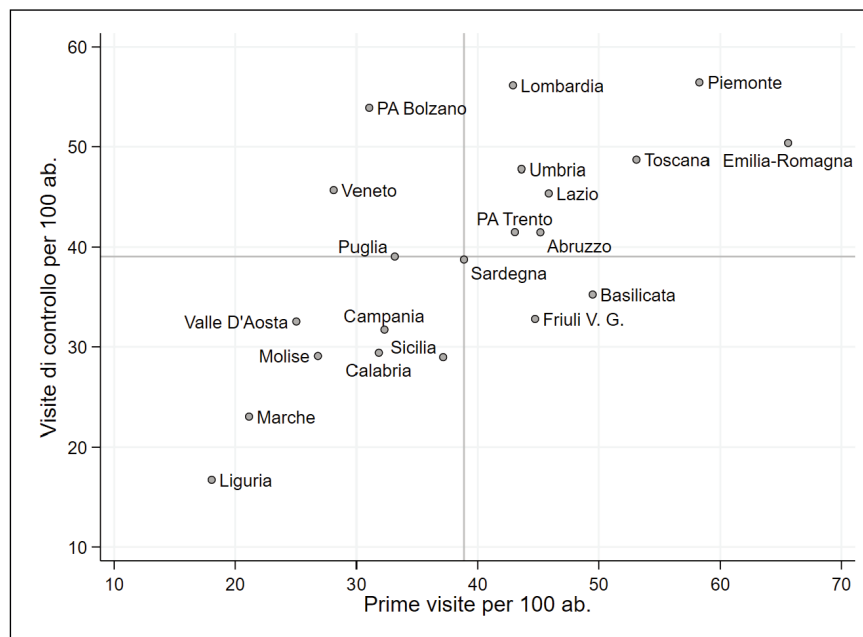


Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.





Grafico 3 - Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite e visite di controllo erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anno 2022



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'ambito dei LEA, le visite specialistiche si collocano nell'attività clinica dell'assistenza specialistica ambulatoriale, afferente alla macroarea dell'assistenza distrettuale.

Al netto delle fughe extraregionali, il tasso std per età di prime visite e visite di controllo erogate nelle singole regioni e PA ai propri cittadini, rappresenta un utile indicatore di processo per misurare la capacità dell'assistenza territoriale di intercettare il bisogno di salute, attraverso la richiesta di prime visite, e garantire la continuità delle cure, attraverso le visite di controllo. Nell'ultimo biennio si osserva una decisa ripresa dei volumi di erogazione, che ancora però non ha permesso di raggiungere nuovamente i livelli pre-pandemici. Rimane inoltre alta la variabilità interregionale che non sempre segue un chiaro gradiente geografico dal Meridione al Settentrione.

In una lettura congiunta e integrata con altre misure utili idonee a valutare il bisogno di salute della popolazione (ad esempio, la prevalenza di patologie croniche), le ospedalizzazioni evitabili, gli accessi in PS potenzialmente impropri etc., questo indicatore rappresenta un'opportunità per restituire un quadro di sintesi completo delle performance dell'assistenza territoriale nella presa in carico. Costituisce, pertanto, uno strumento aggiuntivo di valore a disposizione dei policy maker per analisi di settore finalizzate ad attuare politiche di miglioramento della struttura e dell'organizzazione del sistema di offerta, dell'appropriatezza prescrittiva relativa all'erogazione di specifiche pre-

stazioni e quindi per favorire una programmazione sanitaria coerente con la domanda di salute.

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

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

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. LEA: assistenza distrettuale. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4696&area=Lea&menu=distrettuale. Ultimo accesso in data 03 marzo 2022.
- (2) Istat. Popolazione residente al 1° gennaio. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18460>. Ultimo accesso 3 marzo 2022.
- (3) Regione Emilia-Romagna. Nomenclatore tariffario regionale della specialistica. Tipologia delle prestazioni contenute nel Nomenclatore (aggregazioni FA-RE). Disponibile sul sito: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/nomenclatore-tariffario-rer>. Ultimo accesso in data 03 marzo 2022.

