

## Assistenza ospedaliera

Entro il 2016 le regioni dovranno dare attuazione a gran parte delle indicazioni del DM n. 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”. Il Regolamento conferma molti parametri normativi vigenti, a partire dalla dotazione di Posti letto (PL) e dal tasso di ospedalizzazione, ma propone ulteriori obiettivi, standard ed indicatori che riguardano molteplici dimensioni del sistema ospedaliero. Pertanto, dopo un lungo periodo di provvedimenti parziali contenuti nelle Leggi di stabilità, nelle Intese Stato-Regioni o in provvedimenti di singole regioni, il DM n. 70/2015 rappresenta il documento di programmazione ospedaliera più completo, importante ed atteso degli ultimi anni.

Il lavoro di programmazione ad ampio raggio che attende le regioni rappresenta un’occasione importante per conseguire un’effettiva integrazione ed interconnessione tra i diversi fattori strutturali ed organizzativi e le molteplici componenti di sistema, dalla transizione epidemiologica, demografica e professionale al mutato quadro socio-economico, che devono essere considerate per realizzare un servizio ospedaliero moderno, sostenibile e più omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Alla prova dei fatti l’attuazione diffusa in tutte le regioni dei contenuti del suddetto DM potrebbe contribuire al tanto atteso cambio di passo del processo di rinnovamento e ridefinizione di ruolo del nostro sistema ospedaliero. In particolare, ci si aspetta che i cambiamenti assumano connotazioni più strutturali rispetto al passato, sia in termini di adeguamento dell’offerta che di un’effettiva promozione dell’efficienza, dell’efficacia e dell’appropriatezza, interessando tutte le aree del Paese ed, *in primis*, quelle regioni che hanno dimostrato una certa inerzia nel perseguire obiettivi di effettiva innovazione. Infatti, è del tutto evidente una netta differenza tra regioni che sono ancora alle prese con Piani di Rientro e problemi di *performance* ed altre realtà regionali che hanno già fatto propri molti dei traguardi fissati sia dalle precedenti linee di programmazione nazionale che dal Regolamento degli standard ospedalieri, dimostrando nel concreto che è possibile assicurare adeguati livelli di servizio adottando modelli organizzativi in forte discontinuità con il passato.

Questo quadro in evoluzione impone, più che in passato, un adeguato monitoraggio ed una sistematica valutazione dello stato di attuazione a livello regionale delle linee di programmazione nazionale con lo scopo di evidenziare le migliori *performance* ed assumerle come benchmark effettivamente perseguibili. In tale ottica, la presente Edizione del Rapporto Osservasalute propone un *set* di indicatori per cui sono emerse particolari e significative variazioni, sia nelle serie temporali che nei confronti regionali.

Come per la precedente Edizione gli indicatori e le relative serie temporali vengono presentati in due diverse modalità. La prima modalità è quella tradizionale, con risultati commentati e relative raccomandazioni degli Autori, ed è riservata ad indicatori introdotti più recentemente i cui risultati mostrano ancora sensibili ed interessanti variazioni. Fanno parte di questa sezione la percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero, i tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana ( $\geq 65$  anni) per procedure ad elevato impatto sociale (protesi di anca, angioplastica e bypass coronarico) ed il tasso di PL ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero. Sempre con questa modalità di presentazione è stato aggiunto, in questa Edizione, un *focus* sull’assistenza ospedaliera in età pediatrica. Allo scopo di descrivere i diversi scenari regionali è stata esaminata l’ospedalizzazione per classi di età più significative, le dimissioni per i DRG con maggiore frequenza e per prestazioni specifiche. Inoltre, è stato approfondito il tema della complessità ed efficienza delle strutture ospedaliere regionali ed, in particolare, di quelle a prevalente attività pediatrica. I dati relativi ai suddetti indicatori si riferiscono, in genere, al periodo 2010-2014.

La seconda modalità prevede la semplice presentazione in Appendice delle tabelle con le serie storiche dei dati, senza commenti e relative raccomandazioni, ma corredate delle informazioni sulle caratteristiche degli indicatori già descritte nella passata Edizione. Tale sezione è riservata ad indicatori ampiamente trattati nelle Edizioni precedenti, relativamente stabili nella loro espressione e/o con un trend consolidato, quali il tasso di ospedalizzazione (complessivo e distinto per età, tipologia di attività erogata, DRG medici e chirurgici, regime ordinario e diurno), la Degenza Media (DM) (complessiva e per genere) e la Degenza Media Preoperatoria (DMPO).

Gli indicatori descritti consentono alcune valutazioni del sistema ospedaliero in ordine alle seguenti dimensioni:

- struttura dell’offerta;
- domanda soddisfatta;
- efficienza, appropriatezza clinica ed organizzativa delle strutture di ricovero e cura.

Per rendere più significativo e comparabile il confronto tra le regioni, ad esempio rispetto alla comples-

sità delle prestazioni erogate o alla domanda soddisfatta, i dati di dimissione ospedaliera sono stati elaborati, ove opportuno, con adeguate tecniche di standardizzazione, per *case-mix* o per struttura demografica.

Il Capitolo si conclude con un *Box* sulla riorganizzazione dei sistemi ospedalieri regionali in base al DM n. 70/2015.

*Sintesi dei dati* - La struttura dell'offerta è stata valutata tramite l'analisi della dotazione regionale dei PL ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero. I dati al 1 gennaio 2014 hanno rilevato una dotazione di 3,63 PL per 1.000 residenti, di cui 3,04 PL (per 1.000) per acuti, 0,15 PL (per 1.000) per lungodegenza e 0,43 PL (per 1.000) per riabilitazione. La dotazione di PL per acuti è composta da 2,68 PL per 1.000 dedicati al Ricovero Ordinario (RO) e 0,36 PL per 1.000 al ricovero diurno. La dotazione di PL complessiva ha subito un lieve calo rispetto al 3,74 PL per 1.000 del 2013 ed ha raggiunto un valore inferiore all'obiettivo normativo di 3,70 PL per 1.000. Tale riduzione ha interessato quasi esclusivamente la componente per acuti che è passata da 3,15 PL (per 1.000) del 2013 a 3,04 PL per 1.000 del 2014. I PL dedicati alla componente *post-acuzie*, lungodegenza e riabilitazione, si attestano sul valore di 0,58 PL per 1.000 e si confermano leggermente sottodimensionata rispetto all'obiettivo normativo dello 0,70 PL per 1.000.

È presente un marcato gradiente geografico con una dotazione di PL superiore al valore nazionale ed allo standard in tutte le regioni del Nord e del Centro, ad eccezione di Toscana e Umbria, mentre si registra un tasso di PL inferiore al dato nazionale in tutto il Meridione, ad eccezione del Molise. Al fine di valutare l'effettiva correlazione tra la struttura dell'offerta, in termini di dotazione di PL, ed il suo reale utilizzo nelle diverse regioni, è stato effettuato un confronto tra i tassi regionali di PL ed i tassi regionali di ospedalizzazione.

Per quanto riguarda la domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero i dati registrati, nel 2014, indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 148,7 per 1.000, quindi sensibilmente inferiore allo standard del 160 per 1.000 indicato dal DM n. 70/2015. La percentuale di ricoveri in regime diurno è contenuta al 24,6%, perfettamente in linea con lo standard normativo del 25%. Dall'analisi del trend temporale, tra il 2009 e il 2014, si rileva una forte riduzione del ricovero in regime diurno con un tasso che passa dal 53,0 per 1.000 (circa il 29,5% del totale dei ricoveri) al 36,6 per 1.000. Nello stesso periodo analoga riduzione, sebbene meno marcata, si è registrata anche per l'ospedalizzazione in regime ordinario, il cui tasso è variato dal 126,4 per 1.000 del 2009 al 112,1 per 1.000 del 2014.

I dati regionali continuano ad evidenziare la possibilità di un'ulteriore riduzione del tasso di ospedalizzazione, dato che 8 regioni presentano ancora valori superiori agli obiettivi normativi (10 regioni nel 2013). I dati sulle dimissioni per tipologia di attività indicano, tra il 2013 e il 2014, una lieve riduzione dei ricoveri per lungodegenza (da 1,81 a 1,76 per 1.000 residenti) e per riabilitazione (da 5,25 a 5,12 per 1.000 residenti), contro una marcata riduzione del RO per acuti (da 108,8 a 105,2 per 1.000 residenti).

La distribuzione per età di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti mostra che il tasso specifico di dimissione più elevato si rileva nella fascia di età *over 75* anni (280,2 per 1.000 residenti). In questa fascia di età si registra il *range* di variabilità più elevato, compreso tra il 240,9 per 1.000 della Calabria e il 396,6 per 1.000 della PA di Bolzano. *Range* elevati si registrano anche per il tasso specifico della popolazione tra 65-74 anni, compreso tra il 150,4 per 1.000 della Liguria e il 209,0 per 1.000 della Campania.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione in età pediatrica (0-17 anni) il tasso specifico di dimissione del 2014 è pari a 61,9 per 1.000 per il RO ed a 25,9 per 1.000 per il ricovero diurno. In età pediatrica il tasso specifico più elevato si registra nel 1° anno di vita (413,9 per 1.000). L'analisi del regime di ricovero per i principali DRG, per le fasce di età <1 anno, 5-14 e 15-17 anni, permette di spiegare la variabilità regionale dei tassi di ospedalizzazione per RO attraverso un diverso utilizzo del regime diurno nelle diverse regioni.

In merito alla dinamica della mobilità ospedaliera in età pediatrica, un *focus* sulle regioni in Piano di Rientro consente di evidenziare che, escludendo il Piemonte ed il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia denotano un aumento dell'indice di fuga.

Nel 2014, la percentuale dei pazienti dimessi con DRG chirurgico è del 44,9%, in lievissimo aumento rispetto all'anno precedente (44,4%). La percentuale di DRG chirurgici subisce una consistente riduzione rispetto al 2012 per la componente in RO (dal 45,1% al 41,9%), mentre registra un aumento per il ricovero in regime diurno (dal 44,6% al 53,5%). Pertanto, nonostante un consistente passaggio di attività chirurgiche poco complesse in regime ambulatoriale, non si registra una consistente riduzione della percentuale di DRG chirurgici, in particolare per il regime di ricovero diurno, per il fatto che contestualmente si assiste ad una riduzione più marcata dell'ospedalizzazione per DRG medico. Un'elevata percentuale di dimissioni con DRG chirurgico viene descritta, da anni, anche a livello internazionale e testimonia una qualificazione ed un aumento di complessità delle attività erogate, coerente con la nuova *mission* di un servizio ospedaliero più orientato alla cura delle patologie complesse in fase di acuzie. Valori elevati si registrano costantemente in tutte le regioni, anche se in quelle del Nord e del Centro la proporzione di DRG chirurgici risulta essere generalmente molto più alta del valore nazionale, con

punte in alcune regioni prossime o superiori alla soglia del 50% dell'attività complessiva (è il caso del Piemonte, Veneto, Lombardia e PA di Trento).

I tassi standardizzati per i DRG medici (55,1% dei dimessi), seppure in calo rispetto al 2012, continuano a mostrare una rilevante e, spesso, ingiustificata variabilità regionale, sia per i RO che per la componente diurna.

Gli indicatori di efficienza delle strutture di ricovero e cura comprendono la DM, complessiva e per genere, la DMPO e, solo per l'età pediatrica, l'Indice di *Case-Mix* e l'Indice Comparativo di *performance*.

La DM complessiva, sia grezza che standardizzata per *case-mix*, è pari a 6,8 giorni per tutto il triennio preso in considerazione (2012-2014). La DM divisa per genere è di 7,1 giorni per la componente maschile, mentre per la componente femminile è di 6,6 giorni, con minime o nulle variazioni nei diversi anni. Per questo indicatore è presente una lieve variabilità regionale (il *range* della DM standardizzata per il *case-mix* è compreso tra 6,1 giorni della Toscana e 7,9 giorni del Veneto) in assenza di un evidente gradiente geografico.

La DMPO, standardizzata per *case-mix*, è in lieve calo ed è passata da 1,99 giorni del 2007 a 1,76 giorni del 2014. Per questo indicatore si registra un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano valori più elevati, segno della disomogenea definizione di specifici percorsi diagnostici e clinico-assistenziali precedenti all'intervento chirurgico.

La dimensione appropriatezza clinica ed organizzativa mette in evidenza evoluzioni interessanti. Il valore nazionale della percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un netto incremento, passando dal 35,1% del 2010 al 54,9% del 2014, con un aumento di quasi 5 punti percentuali nell'ultimo anno. Tale miglioramento può essere, in parte, spiegato dalla rilevanza che ha assunto questo indicatore nei vari sistemi di monitoraggio e valutazione della *performance* dei servizi sanitari sviluppati a livello nazionale e delle singole regioni (Piano Nazionale Esiti, Sistema di Valutazione della *Performance* della Regione Toscana etc.) e dall'attenzione che la pubblicistica di settore ed i media hanno riservato a tali problematiche. Nonostante questo buon risultato i valori registrati restano lontani dagli obiettivi indicati dalle Linee Guida internazionali e raggiunti in altri Paesi, in particolare del Nord Europa. Si conferma, inoltre, una rilevante variabilità regionale, con un *range* compreso tra il 19,2% del Molise e valori al di sopra dell'80% della Valle d'Aosta e della PA di Bolzano.

Nel 2014, si conferma un'elevata variabilità regionale anche per i tassi di ospedalizzazione per le tre procedure ad elevato impatto sociale prese in considerazione (protesi di anca, bypass e angioplastica coronarica). Nel periodo 2010-2014 si è assistito ad un aumento del tasso di ospedalizzazione per protesi di anca ed angioplastica e ad una riduzione del tasso di bypass coronarico, mentre il confronto tra il 2013 e il 2014 evidenzia una riduzione del tasso in tutti e tre gli indicatori considerati. Una forte variabilità regionale ed un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole si registra, con tassi più elevati al Nord, solo per i tassi di ospedalizzazione per protesi di anca, mentre per gli altri due indicatori si conferma solo una forte variabilità regionale. Ulteriori analisi potrebbero essere svolte per valutare le ragioni di questa elevata variabilità che potrebbe essere spiegata, ad esempio, da una differente incidenza/prevalenza delle patologie di interesse, ma anche da fattori relativi alla dimensione dell'offerta, a possibili limitazioni all'accesso e/o a fattori correlati alla sfera professionale ed alla capacità di scelta dei cittadini.

*Conclusioni* - I dati presentati nel Capitolo mostrano una generale e chiara tendenza, sia a livello nazionale che regionale, verso il miglioramento delle *performance* del nostro servizio ospedaliero. L'evidenza che molte regioni abbiano già raggiunto alcuni dei più comuni obiettivi indicati dalle precedenti norme di programmazione e dal recente DM n. 70/2015 fa riflettere sul fatto che tali parametri possano ancora rappresentare, se considerati isolatamente dal contesto complessivo, effettivi ed utili benchmark per il prossimo futuro.

Negli ultimi anni il miglioramento ha interessato in modo più evidente anche alcune regioni meridionali ed insulari, soprattutto quelle che partivano da posizioni lontane dai valori di riferimento. Allo stesso tempo, è ancora evidente una forte differenza delle *performance* registrate da quasi tutte le regioni del Nord e del Centro rispetto alle regioni del Meridione, per quasi tutti gli indicatori analizzati nel Capitolo. Di conseguenza, uno dei principali obiettivi per il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sarà quello di ridurre la variabilità ed il *gap* tra le diverse regioni, avendo come riferimento sia le buone *performance* registrate in diverse realtà, ma soprattutto il complesso delle indicazioni e dei riferimenti proposti dal nuovo "Regolamento" sugli standard ospedalieri. In tal senso, il quadro che emerge dall'analisi degli indicatori presentati può essere utile per comprendere la portata delle azioni che le regioni dovranno intraprendere nel prossimo futuro sulla scorta dei contenuti proposti dal DM n. 70/2015. La sfida per il sistema ospedaliero nazionale e per tutti i sottosistemi regionali è quella di avviare e realizzare un decisivo riassetto strutturale ed organizzativo dei nostri ospedali, in funzione della sostenibilità del sistema e della concreta possibilità di assicurare l'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza di fronte alle nuove sfide che si profilano per il SSN (l'invecchiamento della popolazione, l'evoluzione tecnologica, la disponibilità di nuovi farmaci più efficaci e costosi e la "personalizzazione" delle cure).

L'ospedale rappresenta ancora il fulcro del nostro sistema di cura ma, sulla base delle moderne politiche

sanitarie e delle relative linee di programmazione, il suo sistema di offerta ed il suo ambito di attività dovranno essere ulteriormente modificati ed innovati. La sua *mission* sarà sempre più rivolta alla gestione delle patologie acute ad elevato contenuto clinico-assistenziale, in un sistema a “rete” che deve essere sviluppato investendo risorse per potenziare modelli di collaborazione tra presidi di diverso livello, per realizzare un’effettiva integrazione con i servizi di assistenza distrettuali e per definire un modello di offerta meno parcellizzato, capace di massimizzare le economie di scopo e ridurre i costi di inutili e pericolose duplicazioni di servizi.

Nella pratica operatività delle singole regioni occorre ottimizzare l’utilizzo delle risorse ancora disponibili ridisegnando i percorsi per le patologie acute di alta complessità, ma anche porre maggiore attenzione ai temi della continuità assistenziale, dei percorsi di cura e del decentramento di attività sanitarie di media complessità verso il livello di assistenza territoriale, specialmente per la presa in carico dei pazienti con patologie cronico degenerative che impongono un rapporto più equilibrato tra ospedale e sistema delle cure primarie e una forte interazione tra le attività sociali e sanitarie.

A tale riguardo, i margini di miglioramento possono essere sensibili. L’evidenza che il tasso di ospedalizzazione nella popolazione di età  $\geq 65$  anni è diminuito di oltre il 30% tra il 2002 e il 2014, dimostra che anche gli elevati “consumi” di assistenza ospedaliera della popolazione anziana possono essere contrastati e suppliti con modalità alternative di assistenza e che l’invecchiamento della popolazione non deve, necessariamente, tradursi in una generale previsione di incremento dell’offerta e dell’utilizzo dell’ospedale. Allo stesso modo l’elevata variabilità riscontrata nel tasso di alcune procedure conferma l’esigenza di promuovere una maggiore adesione dei professionisti a Linee Guida condivise, nell’ottica dei principi dell’*Evidence Based Medicine*.

È fondamentale che queste azioni interessino in modo diffuso e per quanto possibile omogeneo le diverse realtà regionali. A tale scopo occorre applicare con rigore i recenti principi di programmazione sanciti dal DM n. 70/2015 ma, allo stesso tempo, è altrettanto importante che la “governance” del processo di cambiamento sia giocata con autonomia e responsabilità ben individuate a livello di ogni singola regione, in modo che la scelta e la portata delle azioni da intraprendere siano effettivamente correlate alle caratteristiche ed alle specifiche esigenze delle varie realtà locali.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Legge 7 agosto 2012, n. 135 (Spending review) - Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.
- (2) Legge 8 novembre 2012, n° 189 (Decreto Balduzzi) - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
- (3) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Patto per la Salute 2014-2016. Provvedimento del 10 Luglio 2014.
- (4) DM 2 Aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera.

## Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero

**Significato.** Il lavoro illustra il confronto del tasso di Posti Letto (PL) per 1.000 residenti delle regioni e PA tra il 2013 e il 2014. Il dato viene presentato considerando sia la dotazione complessiva di PL per tipologia di attività (acuti, lungodegenza e riabilitazione) che riguardo ai soli PL per acuti, quella per regime di ricovero (ordinario e diurno). Si propone, inoltre, il confronto tra i tassi regionali di PL ed il Tasso di Dimissioni ospedaliere (TD), con lo scopo di analizzare e valutare la relazione tra la struttura dell'offerta ed il suo reale utilizzo nelle diverse regioni.

Nel corso degli anni, la dotazione di PL per 1.000 abitanti è stata usata come riferimento per il calcolo di molti indicatori di *performance* del sistema ospedaliero, oltre che per pianificare e misurare la struttura dell'offerta ospedaliera di un determinato ambito geografico (nazionale, regionale e locale).

A tal proposito, nel nostro Paese, come nel resto nel panorama dei Paesi più sviluppati, si è assistito ad una progressiva riduzione e rimodulazione della dotazione di PL ospedalieri pubblici e privati accreditati, in linea con le indicazioni normative e la revisione dei modelli assistenziali. Dal punto di vista normativo, la Legge n. 405/2001 prevedeva un'offerta di 4,5 PL ospedalieri accreditati a carico del Servizio Sanitario Regionale per

1.000 residenti, di cui 1,0 PL per 1.000 per degenza *post-acuzie*; successivamente il Patto per Salute 2010-2012 (1) ha indicato lo standard di 4,0 PL per 1.000 residenti (comprensivi di 0,7 PL per 1.000 per riabilitazione e *post-acuzie*); la Legge n. 135/2012, all'art. 15, ha ulteriormente modificato la dotazione standard a 3,7 PL per 1.000 (comprensivi di 0,7 PL per 1.000 per il *setting post-acuzie*) (2) e tale indicazione è stata confermata dal recente DM n. 70/2015, che delinea il processo di riorganizzazione strutturale e qualitativa a cui la rete assistenziale ospedaliera deve attenersi (3).

In molte regioni la riduzione del tasso di PL è avvenuta precedendo di fatto l'emanazione dei parametri di pianificazione nazionale con lo scopo di rendere il sistema ospedaliero più efficiente e privilegiare modelli assistenziali capaci di rispondere, in modo più appropriato, ai nuovi bisogni di cura determinati dalla transizione demografica ed epidemiologica. In questa ottica abbiamo assistito, nel corso degli ultimi anni, a significative riorganizzazioni di alcuni sistemi ospedalieri regionali attuate attraverso la conversione dei ricoveri meno complessi e/o potenzialmente inappropriati, sia in regime di ricovero ordinario che diurno, in forme di assistenza alternative erogate in *setting* ambulatoriali residenziali e domiciliari.

### Tasso di posti letto ospedalieri per tipologia di attività

Numeratore	Posti letto per tipologia di attività (acuti, lungodegenza e riabilitazione)	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente	

### Tasso di posti letto ospedalieri per acuti per regime di ricovero

Numeratore	Posti letto per acuti per regime di ricovero (Ricovero Ordinario e ricovero diurno)	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente	

**Validità e limiti.** I dati sono stati estratti dalla banca dati *open source* del Ministero della Salute per la parte relativa ai PL (4) e dalla "Demografia in Cifre" dell'Istituto Nazionale di Statistica per la popolazione residente (5). La valutazione dei dati deve tenere conto che la dotazione dei PL non è pesata sulla base della struttura demografica della popolazione e che questo parametro, da solo, non consente di fornire un quadro definito ed un giudizio dei servizi ospedalieri offerti alla popolazione poiché tali dimensioni sono, sensibilmente, condizionate dalle modalità di utilizzo dei PL stessi (tasso di occupazione, degenza media, *case-mix*, appropriatezza dei ricoveri e dei *setting* assistenziali utilizzati). Occorre tenere conto anche dell'impatto della mobilità interregionale, per alcune regioni rilevante in senso positivo (attrazione) e per altre in senso nega-

tivo (fuga), che potrebbe incidere sulla programmazione locale e, quindi, spiegare in parte la variabilità regionale nella struttura dell'offerta.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il benchmark dovrebbe essere lo standard indicato dal DM n. 70/2015 (3,7 PL per 1.000 residenti), ma con tutti i limiti impliciti ed espliciti appena rappresentati e, comunque, insiti in una indicazione normativa.

Pertanto, come vedremo, tale limite è già superato al ribasso a livello nazionale nel suo valore complessivo e, pertanto, fornire un preciso riferimento potrebbe indurre a valutazioni e giudizi non del tutto corretti.

Più genericamente si potrebbe suggerire di assumere come riferimento valori lievemente superiori allo standard normativo per le regioni che presentano un saldo

migratorio attivo e valori lievemente inferiori allo standard per quelle con saldo migratorio negativo.

### Descrizione dei risultati

La rilevazione, effettuata al 1 gennaio 2014, mostra che il tasso di PL a livello nazionale è pari a 3,63 per 1.000 residenti, di cui 3,04 per acuti e 0,58 per l'ambito delle *post*-acuzie, con tassi specifici di 0,15 PL per 1.000 per strutture di lungodegenza e 0,43 PL per strutture di riabilitazione (Tabella 1).

Il tasso generale di PL per 1.000 rispetto al 2013 ha subito una riduzione dello 0,11 per 1.000 attestandosi su un valore inferiore allo standard di riferimento indicato dalla normativa vigente. Nel confronto con l'anno precedente, la riduzione del tasso di PL si è registrata maggiormente per la componente per acuti, mentre il tasso di posti PL dedicati al *setting* delle *post*-acuzie rimane pressoché invariato (Tabella 1).

La dotazione di PL per acuti è ancora leggermente superiore allo standard, mentre esiste un deficit relativo di PL per *post*-acuti dedicati alla riabilitazione ed alla lungodegenza.

Il tasso complessivo presenta una forte variabilità regionale ed un *range* abbastanza ampio, compreso tra il 2,92 per 1.000 della Calabria e il 4,25 per 1.000 dell'Emilia-Romagna (Tabella 1).

Il confronto tra il 2013 e il 2014 (Tabella 1) evidenzia una riduzione del tasso complessivo di PL in tutte le regioni, ad eccezione della Calabria, del Friuli Venezia Giulia e della PA di Bolzano, che registrano un lievissimo aumento, e della Sardegna che presenta, invece, un aumento consistente, passando da 3,11 a 3,56 PL per 1.000 residenti (il dato del Friuli Venezia Giulia e della Sardegna deve tener conto che, nel 2013, mancavano i dati sui PL, rispettivamente, di una e di sei strutture).

I valori rilevati mostrano un evidente gradiente geografico: tutte le regioni del Nord, le Marche, il Lazio ed il Molise presentano un tasso al di sopra del valore nazionale, mentre la Toscana, l'Umbria e le regioni meridionali (escluso il Molise) presentano un tasso inferiore.

Il *setting* della riabilitazione e della lungodegenza è ben rappresentato nella maggior parte delle regioni settentrionali, con evidente sovradimensionamento in Piemonte (1,04 per 1.000), nella PA di Trento (1,11 per 1.000) e in Emilia-Romagna (0,80 per 1.000). Risulta, invece, sottodimensionato nelle regioni del Sud e nelle Isole, ad eccezione del Molise che presenta un tasso di PL per il settore *post*-acuti al di sopra del dato nazionale (0,76 per 1.000 residenti). Le regioni con un tasso di PL per *post*-acuti più contenuto sono la Sardegna (0,22 per 1.000), il Friuli Venezia Giulia (0,32 per 1.000) e la Toscana (0,33 per 1.000). La dotazione di PL per *post*-acuti presenta la più ampia variabilità, con rapporti regionali molto difforni tra la lungodegenza e la riabilitazione. Il dato è di difficile interpretazione essendo, probabilmente, frutto di scelte programmatiche e politiche organizzative specifiche delle singole regioni.

Il tasso di PL per acuti per Ricovero Ordinario (RO) è pari a 2,68 PL per 1.000, in sensibile riduzione rispetto al valore di 2,77 PL per 1.000 registrato nel 2013 (Tabella 2). Il *range* è compreso tra 1,99 (per 1.000) della Calabria e 3,22 (per 1.000) del Friuli Venezia Giulia. La dotazione per acuti dedicata al ricovero diurno è 0,36 PL per 1.000, l'11,8% del totale dei PL per acuti. La variazione rispetto all'anno precedente è minima, mentre è ampia la variabilità dei tassi tra le diverse regioni (minimo di 0,23 PL per 1.000 di Puglia e Lombardia vs massimo di 0,48 PL per 1.000 del Molise e del Friuli Venezia Giulia) (Tabella 2).

Come anticipato in precedenza, l'indicatore analizzato non fornisce una misura esaustiva del livello di servizio assicurato alla popolazione di riferimento e risente dei limiti connessi al fenomeno della mobilità sanitaria. In questo senso, il confronto tra i tassi regionali di PL ed i TD, oltre che fornire una misura del livello di correlazione esistente tra questi due indicatori, è in grado di migliorare la comprensione delle dinamiche di utilizzo delle dotazioni di PL delle varie regioni. Considerando come valori di riferimento il valore mediano del tasso di PL e del TD si ottiene un grafico a quattro quadranti in cui gli indicatori rilevati forniscono quattro diverse rappresentazioni che riassumono, con efficacia, la situazione ed i possibili obiettivi di programmazione delle varie realtà regionali (Grafico 1).

In alto a sinistra si posizionano le regioni che associano un tasso di PL superiore ed un TD inferiore alla mediana: Veneto, Lombardia, Piemonte, Marche, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna. Tutte queste regioni, malgrado una struttura dell'offerta potenzialmente sovradimensionata, presentano TD perfettamente in linea, se non inferiori, ai valori di riferimento. In pratica, si può ipotizzare che il *surplus* dei PL sia efficacemente contrastato da un appropriato utilizzo della risorsa e che parte dell'eccedenza sia utilizzata per assicurare i flussi migratori da altre regioni (le regioni considerate presentano un saldo di mobilità attiva, ad eccezione del Piemonte e delle Marche).

In alto a destra si collocano le regioni con un tasso di PL ed un TD superiore alla mediana: Lazio, PA di Bolzano, PA di Trento, Molise e Valle d'Aosta. Queste regioni esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni normative ed ai trend registrati a livello nazionale. Peraltro, alcune presentano saldi di mobilità negativi per cui sia la sovra-dotazione di PL che il sovra-utilizzo degli stessi potrebbe essere dovuto ad un eccesso di ricoveri inappropriati e trovare spiegazione in politiche assistenziali ancora troppo centrate sull'ospedale e/o dipendenti da una domanda ancora poco orientata ad utilizzare estesamente i servizi diagnostici ed assistenziali distrettuali per le patologie di bassa complessità.

In basso a destra troviamo le regioni con un tasso di PL inferiore ed un TD superiore alla mediana: Liguria, Abruzzo, Puglia, Campania e Sardegna. Questa situazione potrebbe essere dovuta ad un ecces-

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

429

so di ricoveri con un *case-mix* di media-bassa complessità. Tale ipotesi andrebbe verificata in tutte le regioni interessate attraverso la lettura congiunta dei TD e dei valori di *case-mix* regionali. Da considerare, inoltre, che tutte queste regioni presentano un saldo migratorio negativo e, pertanto, all'elevato TD contribuiscono anche strutture di altre regioni.

In basso a sinistra si collocano 5 regioni che presentano sia un tasso di PL che un TD inferiore alla mediana: Toscana, Umbria, Basilicata, Calabria e Sicilia.

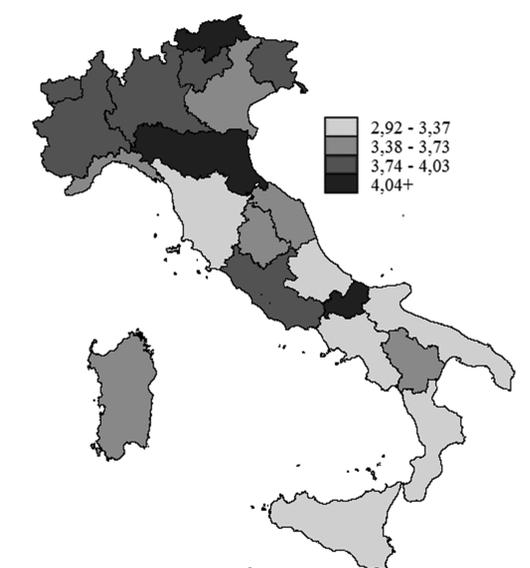
Questa area dovrebbe rappresentare il benchmark ideale per le diverse realtà regionali in quanto sembrano del tutto rispettati e addirittura migliorati i valori indicati dagli standard della programmazione nazionale. Tuttavia, occorre segnalare il caso della Calabria in cui un tasso di PL estremamente basso ed un TD dello stesso segno potrebbero essere lo specchio di un'effettiva carenza di offerta di servizi, tanto più che questa regione presenta anche il saldo di mobilità negativo più alto nel panorama nazionale.

**Tabella 1** - Tasso (per 1.000) di posti letto per tipologia di attività e per regione - Anni 2013-2014

Regioni	Acuti		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Piemonte	3,08	2,97	0,31	0,29	0,76	0,75	4,15	4,01
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,66	3,30	0,00	0,12	0,51	0,61	4,17	4,02
Lombardia	3,21	3,14	0,08	0,08	0,67	0,66	3,97	3,88
Bolzano-Bozen	3,44	3,36	0,26	0,35	0,33	0,37	4,02	4,08
Trento	3,05	2,87	0,39	0,38	0,77	0,73	4,21	3,98
Veneto	3,24	3,16	0,20	0,20	0,37	0,36	3,81	3,72
Friuli Venezia Giulia	3,63	3,70	0,10	0,09	0,24	0,23	3,97	4,02
Liguria	3,27	3,05	0,11	0,11	0,49	0,50	3,87	3,66
Emilia-Romagna	3,57	3,44	0,51	0,45	0,36	0,35	4,44	4,25
Toscana	3,24	3,03	0,08	0,08	0,25	0,25	3,57	3,36
Umbria	3,19	3,11	0,02	0,02	0,39	0,39	3,60	3,52
Marche	3,29	3,09	0,37	0,38	0,25	0,25	3,91	3,72
Lazio	3,31	3,08	0,14	0,13	0,57	0,54	4,02	3,75
Abruzzo	3,12	2,84	0,16	0,13	0,40	0,38	3,68	3,35
Molise	3,61	3,30	0,14	0,14	0,66	0,62	4,41	4,06
Campania	2,91	2,81	0,05	0,10	0,25	0,24	3,20	3,15
Puglia	2,92	2,82	0,06	0,05	0,31	0,31	3,29	3,19
Basilicata	3,00	2,86	0,24	0,24	0,34	0,34	3,58	3,44
Calabria	2,46	2,41	0,13	0,14	0,30	0,37	2,89	2,92
Sicilia	2,99	2,89	0,07	0,07	0,31	0,31	3,37	3,27
Sardegna	2,99	3,34	0,03	0,10	0,09	0,12	3,11	3,56
<b>Italia</b>	<b>3,15</b>	<b>3,04</b>	<b>0,16</b>	<b>0,15</b>	<b>0,43</b>	<b>0,43</b>	<b>3,74</b>	<b>3,63</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Anno 2015.

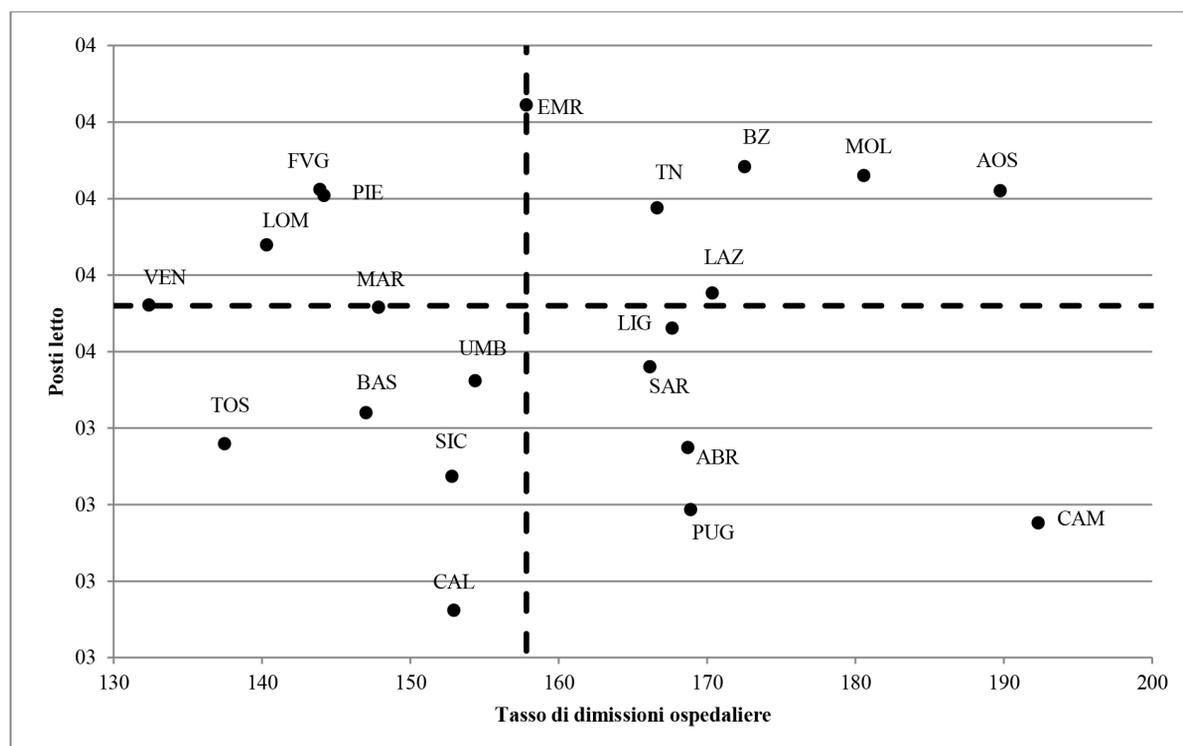
Tasso (per 1.000) di posti letto per il totale delle tipologie di attività (acuti, lungodegenza e riabilitazione) per regione. Anno 2014



**Tabella 2** - Tasso (per 1.000) di posti letto per acuti per regime di ricovero e per regione - Anni 2013-2014

Regioni	Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni	
	2013	2014	2013	2014
Piemonte	2,61	2,52	0,47	0,45
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,22	2,91	0,44	0,39
Lombardia	2,97	2,90	0,24	0,23
Bolzano-Bozen	3,08	3,01	0,36	0,35
Trento	2,68	2,59	0,38	0,28
Veneto	2,88	2,82	0,36	0,34
Friuli Venezia Giulia	3,17	3,22	0,46	0,48
Liguria	2,82	2,64	0,44	0,41
Emilia-Romagna	3,21	3,12	0,36	0,32
Toscana	2,79	2,61	0,45	0,42
Umbria	2,76	2,71	0,43	0,40
Marche	2,85	2,69	0,44	0,42
Lazio	2,87	2,67	0,43	0,42
Abruzzo	2,69	2,50	0,43	0,33
Molise	3,13	2,83	0,48	0,48
Campania	2,46	2,39	0,45	0,42
Puglia	2,68	2,60	0,23	0,23
Basilicata	2,58	2,48	0,42	0,38
Calabria	2,03	1,99	0,43	0,42
Sicilia	2,54	2,46	0,44	0,42
Sardegna	2,60	2,94	0,39	0,40
<b>Italia</b>	<b>2,77</b>	<b>2,68</b>	<b>0,38</b>	<b>0,36</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Anno 2015.

**Grafico 1** - Tasso (per 1.000) di posti letto e tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere - Situazione al 1 gennaio 2014

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La dotazione di PL è un buon indicatore delle linee di pianificazione sanitaria e ospedaliera di un determinato contesto territoriale e permette di misurare la capacità dei decisori di recepire gli obiettivi dettati a livello nazionale.

I valori presentanti si riferiscono al 1 gennaio 2014. Rispetto all'Edizione precedente del Rapporto Osservasalute, in cui venivano presentati i dati relativi al 1 gennaio 2013, questa sezione permette di valutare i primi effetti dell'attività programmatica delle singole regioni di adeguarsi agli standard normativi dettati dalla Legge n. 135/2012.

Il dato complessivo registrato a livello nazionale, nel 2014, è inferiore all'obiettivo di 3,7 PL per 1.000 residenti. Nonostante il dato nazionale sia vicino al benchmark, la situazione a livello regionale è abbastanza disomogenea e, soprattutto, presenta un'offerta di PL per *post*-acuzie molto eterogenea, per lo più sottodimensionata nella maggior parte delle regioni. In alcune tale carenza potrebbe essere compensata da una adeguata offerta territoriale.

La transizione demografica ed epidemiologica in corso pone nuove sfide per quanto attiene l'assistenza nel *post*-acuzie e nella fase della cronicità delle patologie cronico-degenerative. Da questo punto di vista è necessaria una attenta rimodulazione dei PL ospedalieri per adeguare l'offerta a queste nuove esigenze.

È probabile che nel prossimo futuro il tasso di PL potrà essere ulteriormente ridotto e rimodulato man mano che l'ospedale assumerà il ruolo di struttura deputata, esclusivamente, alla cura dei casi acuti con definita soglia di complessità e, in parallelo, cresceranno le potenzialità diagnostiche ed assistenziali dei servizi ambulatoriali e distrettuali. Allo stato attuale, un contributo fondamentale alla razionalizzazione di questa risorsa potrà essere fornito dal miglioramento dell'efficienza operativa dei nostri ospedali e, soprattutto, dall'adozione di efficaci azioni di contrasto al fenomeno dei ricoveri inappropriati.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano. Patto per la Salute 2010-2012, Provvedimento del 3 dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.
- (2) Legge 7 agosto 2012, n. 135 (Spending review) - Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.
- (3) DM 2 aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- (4) Open data, Ministero della Salute. Disponibile sul sito: [www.dati.salute.gov.it/](http://www.dati.salute.gov.it/).
- (5) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it).

## Interventi per frattura del collo del femore

**Significato.** La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana, soprattutto se coesistono comorbidità e condizioni di fragilità. L'incidenza di frattura del femore è pari a 77,8 per 10.000 nella popolazione di età  $\geq 65$  anni (1) nel 2009 e potrebbe ulteriormente aumentare con l'invecchiamento della popolazione. La patologia induce spesso un peggioramento della qualità di vita, disabilità e/o mortalità: secondo un recente studio inglese circa un terzo degli anziani con frattura del collo del femore muore entro 1 anno, il doppio del tasso di mortalità nella popolazione generale della stessa età (2).

Le Linee Guida raccomandano di operare il paziente con frattura del collo del femore entro 48 ore o addirittura 24-36 ore dall'ingresso in ospedale (3-5), sulla base dell'evidenza che la mortalità a 30 giorni per i pazienti di 65 anni ed oltre sottoposti a intervento dopo la seconda giornata di degenza è due volte superiore rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni, al netto dei fattori confondenti (età, genere e condizioni cliniche del paziente) (6).

L'indicatore percentuale di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero misura, quindi, la tempestività della risoluzione chirurgica nella popolazione *over 65* anni, essendo il tempo di attesa per l'intervento uno dei principali indicatori *proxy* della qualità della gestione clinica e della presa in cari-

co intraospedaliera del paziente stesso.

A livello internazionale l'*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD) monitora la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per i pazienti di 65 anni ed oltre. Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Danimarca e la Svezia, nel 2011, il valore dell'indicatore è superiore al 90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna l'indicatore continua ad assumere valori minori al 50% (7).

In Italia l'indicatore, senza la variabile relativa all'età, è tra quelli inseriti nel *set* di appropriatezza di cui all'Allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 (8) ed ha assunto particolare rilevanza nei vari sistemi di monitoraggio e valutazione della *performance* dei servizi sanitari (Piano Nazionale Esiti e Sistema di Valutazione della *Performance* della Regione Toscana). Infine, il DM n. 70/2015 stabilisce una soglia minima del 60% di interventi entro le 48 ore dal ricovero per frattura del collo del femore nei pazienti di età  $\geq 65$  anni, come requisito di accreditamento specifico per una Unità Operativa Complessa o Ospedale (9).

Di seguito saranno illustrati e descritti, in dettaglio, il trend del valore nazionale dal 2001 al 2014 ed i dati regionali registrati dal 2010 al 2014.

### Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

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

**Validità e limiti.** Alla luce delle evidenze scientifiche, il tempo di intervento rappresenta un valido indicatore della qualità delle cure prestate ai pazienti di 65 anni ed oltre con frattura del collo del femore.

Contestualmente, occorre considerare che nella pratica clinica la presenza di comorbidità e/o complicanze potrebbe richiedere più tempo per la stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente in funzione dell'eleggibilità all'intervento chirurgico e allungare i tempi preoperatori oltre le 48 ore.

I risultati includono i ricoveri per acuti in regime di Ricovero Ordinario, in istituti pubblici e privati accreditati, con diagnosi principale di frattura del collo del femore (ICD-9-CM: 820.xx), con modalità di dimissione diversa da decesso, trasferimento ad altro istituto per acuti, dimissione volontaria, con 65 anni ed oltre, con DRG chirurgico.

A differenza dell'indicatore dell'OECD, nella nostra rilevazione il numeratore dell'indicatore è rappresen-

tato dagli interventi eseguiti entro 2 giorni e non entro 48 ore perché le Schede di Dimissione Ospedaliera da cui sono stati ricavati i dati non rilevano l'informazione legata alle ore, bensì alle giornate di attesa per l'intervento. Il confronto dei dati presentati di seguito con i risultati di altri sistemi di monitoraggio deve tenere conto delle differenze nella definizione dei criteri di inclusione ed esclusione dei casi.

**Valore di riferimento/Benchmark.** La letteratura non fornisce valori di riferimento univoci nonostante esista un accordo che la quasi totalità dei pazienti sia sottoposta all'intervento prima possibile.

La *Scottish Hip Fracture Audit* suggerisce, come ragionevole obiettivo, di operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93,0% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (10).

L'Allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede, come benchmark, il valore medio registrato nelle

regioni che garantiscono l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, efficacia e efficienza (8). Il DM n. 70/2015 indica come soglia minima per l'accreditamento una percentuale di operati entro le 48 ore, con età  $\geq 65$  anni, pari al 60%.

In questa sede, vista la situazione italiana decisamente lontana dagli obiettivi indicati dalla letteratura scientifica, proponiamo come valore di riferimento la media dei valori delle 3 regioni che presentano le migliori *performance* (almeno il 70%).

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale si conferma il trend di crescita dell'indicatore registrato negli ultimi anni. Nel 2014 la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti in pazienti di 65 anni ed oltre entro 2 giorni dal ricovero è del 54,9%, con un incremento rispetto al 2013 di 4,7 punti percentuali (Tabella 1 e Grafico 1).

Nonostante il dato nazionale sia in costante aumento dal 2009, permane una elevata variabilità regionale ed un range molto ampio, compreso tra il 19,2% del Molise e l'85,8% della Valle d'Aosta.

Oltre alla Valle d'Aosta altre 11 regioni presentano un valore superiore al dato nazionale: PA di Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, PA

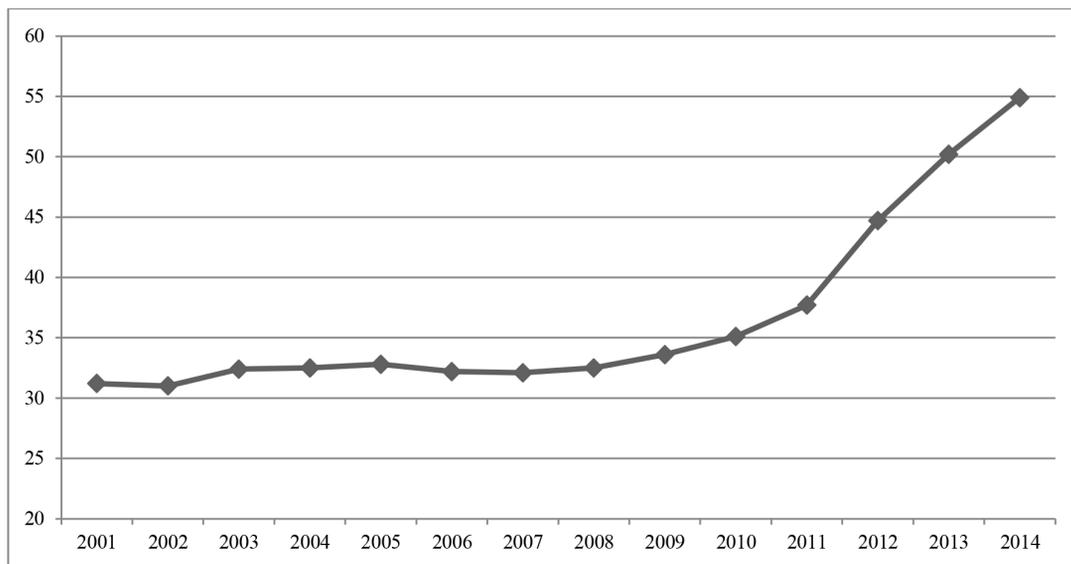
di Trento, Piemonte, Veneto, Marche, Sicilia, Basilicata e Lazio. Al contrario, si registra un valore solo lievemente inferiore al dato nazionale in Lombardia, Liguria e Umbria. Un valore molto più basso viene, invece, registrato in tutte le regioni meridionali, ad eccezione della Basilicata e della Sicilia. La Tabella 1 mostra come nell'ultimo anno molte regioni abbiano migliorato le proprie *performance*. In particolare, l'incremento è stato più consistente in Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Sardegna e Liguria. In Abruzzo e nella PA di Bolzano si rileva una sensibile riduzione rispetto all'anno precedente, sebbene occorre considerare che in termini assoluti la situazione di partenza delle due realtà fosse del tutto diversa. La Tabella 1 e il Grafico 2 mostrano che, tra il 2010 e il 2014, 4 regioni (Piemonte, Lazio, Basilicata e Sicilia), che partivano da valori molto al di sotto del dato nazionale, hanno ottenuto un evidente e consistente miglioramento. Un aumento consistente del valore si è registrato anche in Emilia-Romagna, Veneto e PA di Trento che partivano da percentuali già più elevate. Infine, un trend marcatamente positivo si è registrato in Puglia che, però, mantiene un livello ancora al di sotto del valore nazionale. Tra il 2010 e il 2014 (Tabella 1 e Grafico 2) le uniche regioni con un trend negativo sono state il Molise e la PA di Bolzano.

**Tabella 1** - Pazienti (valori percentuali) di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010-2014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	33,3	35,3	45,5	54,8	66,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	66,7	74,7	73,6	85,2	85,8
Lombardia	41,4	41,9	45,3	48,5	52,0
Bolzano-Bozen	86,6	85,4	82,8	85,1	80,1
Trento	34,6	33,6	42,0	58,1	66,0
Veneto	41,5	42,5	52,6	62,9	65,7
Friuli Venezia Giulia	51,1	51,6	51,6	52,3	67,3
Liguria	43,0	45,9	38,4	43,7	52,6
Emilia-Romagna	46,0	53,7	60,7	67,7	73,3
Toscana	56,0	58,6	69,3	70,0	70,2
Umbria	36,1	33,8	37,0	47,9	52,6
Marche	58,6	58,7	57,6	61,0	62,5
Lazio	27,5	32,3	36,9	49,8	58,2
Abruzzo	30,3	24,7	31,8	35,6	32,5
Molise	26,2	21,2	13,8	16,4	19,2
Campania	16,3	16,8	16,9	19,0	19,9
Puglia	18,4	24,6	29,7	36,2	44,0
Basilicata	21,4	20,9	35,6	52,9	59,5
Calabria	20,6	21,0	29,5	33,2	33,5
Sicilia	16,1	25,2	55,6	57,0	60,4
Sardegna	23,5	27,5	26,4	31,2	41,4
<b>Italia</b>	<b>35,1</b>	<b>37,7</b>	<b>44,7</b>	<b>50,2</b>	<b>54,9</b>

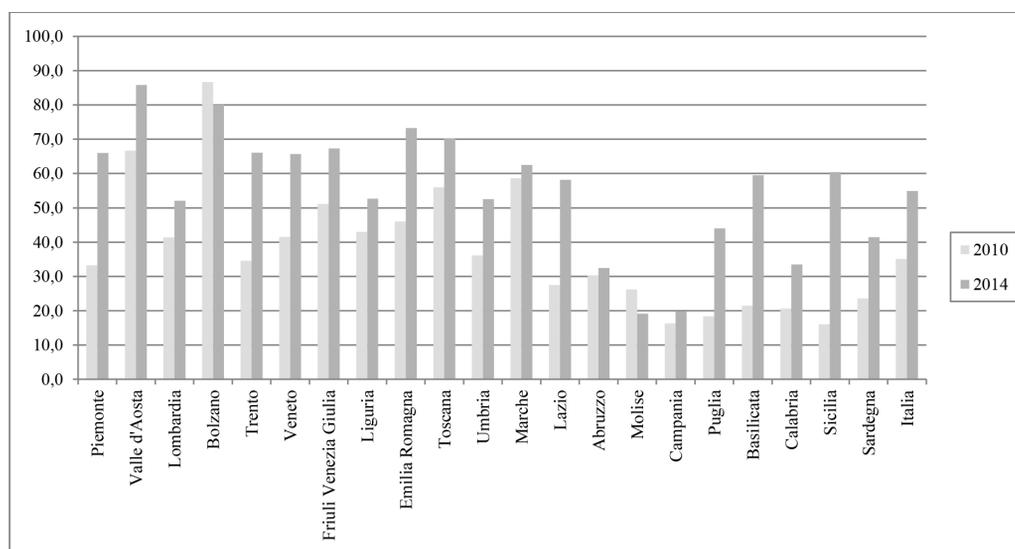
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Grafico 1** - Pazienti (valori percentuali) di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore - Anni 2001-2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Grafico 2** - Pazienti (valori percentuali) di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010, 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati mostrano che, negli ultimi 4 anni, la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni per pazienti di 65 anni ed oltre ha subito un incremento, più o meno marcato, nella quasi totalità delle regioni. Questi miglioramenti evidenziano come sia possibile, passando attraverso la definizione di specifici obiettivi di *performance* dei servizi ed un costante monitoraggio degli stessi, promuovere e consolidare anche nel breve periodo appropriate e sistematiche misure organizzative in grado di promuovere la qualità delle cure. Unità operative o strutture ospeda-

liere che presentano tempi di attesa ridotti per interventi per frattura del collo del femore hanno, probabilmente, messo in campo percorsi clinico assistenziali efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle successive fasi *post*-intervento e riabilitative, incidendo positivamente sia in termini di morbidità che di impatto socio-economico.

Nonostante il netto miglioramento rispetto al passato, il risultato nazionale rimane, comunque, ancora molto basso se confrontato con la *performance* di altri Paesi occidentali e con le raccomandazioni presenti in letteratura. Di conseguenza, è fondamentale continuare ad

indagare e correggere le cause del ritardo dell'intervento nei vari contesti operativi. Tali impedimenti possono essere di ordine clinico, legati alle condizioni del paziente, oppure organizzativi, in relazione alla disponibilità di sale e sedute operatorie da dedicare agli interventi urgenti durante tutto l'arco della settimana, all'efficienza della fase di valutazione diagnostica ed alla conseguente tempestiva gestione delle comorbidità. Le possibili soluzioni da mettere in campo, al fine di ridurre i tempi di attesa per l'intervento, potrebbero, pertanto, riguardare molteplici fattori, sia riferibili all'ambito clinico assistenziale che a quello organizzativo.

Dal punto di vista clinico è possibile porre più attenzione alle principali problematiche cliniche (terapie anticoagulanti, anemia, disidratazione, iperglicemia etc.) dei pazienti anziani con frattura del femore e mettere in campo appropriate misure per stabilizzare il paziente in breve tempo (5).

Per quanto riguarda l'ambito organizzativo si può prevedere, come è stato già sperimentato con successo in alcune realtà, la definizione e l'adozione di un percorso per il paziente con frattura del collo del femore (percorso ortogeriatrico), dal primo soccorso alla riabilitazione, che preveda un approccio integrato e coordinato tra più specialisti e professionisti (anestesista, geriatra-internista, chirurgo, fisiatra, infermiere e fisioterapista).

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Piscitelli P, Feola M, Rao C, Celi M, Gasbarra E, Neglia C, Quarta G, Liuni FM, Parri S, Iolascon G, Brandi ML, Distante A, Tarantino U. Ten years of hip fractures in Italy: For the first time a decreasing trend in elderly women. *World Journal of orthopedics*. 2014 Jul 18; 5 (3): 386-91.
- (2) Neuburger J, Currie C, Wakeman R, Tsang C, Plant F, De Stavola B, Cromwell DA, van der Meulen J. The impact of a national clinician-led audit initiative on care and mortality after hip fracture in England: an external evaluation using time trends in non-audit data. *Med Care*. 2015 Aug; 53 (8): 686-91.
- (3) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines Group, June 2003.
- (4) Management of hip fracture in older people. A National clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (5) The management of hip fracture in adults. National clinical Guideline Centre. 2011.
- (6) Carretta E, Bochicchio V, Rucci P, Fabbri G, Laus M, Fantini MP. Hip fracture: effectiveness of early surgery to prevent 30-day mortality. *Int Orthop.*, 2010.
- (7) Health Care Quality Indicators, OECD. Disponibile sul sito: [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_HCQI](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI).
- (8) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano. Patto per la Salute 2010-2012, Provvedimento del 3 Dicembre 2009. *Gazzetta Ufficiale* n. 3 del 5 gennaio 2010.
- (9) DM 2 Aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- (10) National Services Scotland (NHS). Clinical decision making. Is the patient fit for theatre? A report from the Scottish Hip Fracture Audit. NHS National Services Scotland/Crown Copyright 2008. Disponibile sul sito: [www.shfa.scot.nhs.uk](http://www.shfa.scot.nhs.uk).

## Ospedalizzazione di patologie ad elevato impatto sociale

**Significato.** In questa sezione vengono analizzati e descritti i tassi di ospedalizzazione nella popolazione di 65 anni ed oltre di tre procedure terapeutiche relative a patologie ad elevato impatto sociale ed alta prevalenza: interventi per protesi di anca, bypass coronarico e angioplastica coronarica. In letteratura sono descritte variazioni nei tassi di ospedalizzazione relativi ad alcuni interventi e/o procedure chirurgiche di comprovata efficacia clinica e ad alto impatto sociale. Tali variazioni sono riconducibili a diversi fattori: caratteristiche socio-economiche e demografiche dei pazienti, attitudini dei professionisti e tipicità del contesto istituzionale ed organizzativo. Infatti,

un'elevata variabilità del tasso di intervento per una specifica procedura può essere dovuta alla prevalenza della patologia di interesse in un determinato ambito geografico, alla mancanza di un elevato consenso professionale circa le scelte terapeutiche, alla difficoltà da parte del paziente di scegliere fra le varie opzioni di trattamento ed alla presenza di disuguaglianze nell'accesso alle cure riconducibili ai servizi sanitari (1). La variabilità geografica può fornire indicazioni sulla dimensione dell'offerta, su eventuali limitazioni nell'accesso ai servizi e, indirettamente, su fenomeni di inappropriata organizzazione.

### Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per protesi di anca\*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età ≥65 anni) per interventi chirurgici per protesi di anca**}}{\text{Popolazione media residente ≥65 anni}} \times 100.000$$

### Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per bypass coronarico\*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età ≥65 anni) per interventi chirurgici per bypass coronarico°}}{\text{Popolazione media residente ≥65 anni}} \times 100.000$$

### Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per angioplastica coronarica\*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età ≥65 anni) per interventi chirurgici per angioplastica coronarica°°}}{\text{Popolazione media residente ≥65 anni}} \times 100.000$$

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

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

°Dimissioni con intervento principale o secondario 36.1x.

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

**Validità e limiti.** Le tre procedure chirurgiche proposte sono state incluse dall'Intesa Stato-Regioni del 18 ottobre 2010 nel Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (2), per cui alcune regioni potrebbero averne rivisto le modalità di codifica nell'intento di migliorare la qualità e la pertinenza delle relative rendicontazioni. In letteratura, l'età viene riportata come principale fattore predittivo dell'utilizzo dei servizi e per questo motivo si è scelto di considerare solo la popolazione anziana senza procedere, però, ad ulteriori standardizzazioni per età e genere e di questo bisogna tener conto nell'interpretazione dei risultati. I tassi sono calcolati per regione di residenza e, quindi, occorre anche considerare che la variabilità rilevata

potrebbe essere, in parte, riconducibile alle differenze di incidenza e prevalenza delle patologie di interesse nei diversi ambiti geografici, oltre che a disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari e a differenti pratiche terapeutiche e/o fenomeni di inappropriata da ascrivere alle strutture erogatrici delle prestazioni. Per le regioni che presentano alti tassi di mobilità passiva, questi ultimi aspetti rappresentano un ulteriore limite da tenere presente nella valutazione dei risultati.

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

**Descrizione dei risultati**

Il tasso di dimissioni ospedaliere nazionale nella popolazione anziana per intervento di protesi di anca, nel 2014, è pari a 596,4 per 100.000 abitanti (Tabella 1 e Grafico 1) ed è in lieve calo rispetto al valore di 601,7 per 100.000 rilevato nel 2013. Si registra quindi una inversione di tendenza rispetto ad un trend in lieve crescita dal 2011. Per questa procedura si evidenzia una notevole variabilità regionale ed un *range* elevato compreso tra il valore minimo di 382,7 interventi per 100.000 della Sardegna ed un valore massimo di 1.015 per 100.000 della PA di Bolzano. L'analisi dei dati mostra un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con tassi al di sopra del valore nazionale in tutte le regioni settentrionali e valori inferiori al dato nazionale in tutte le regioni meridionali (Tabella 1). Nell'ultimo anno l'aumento più marcato del tasso di interventi si è avuto in Sardegna (da 345,1 a 382,7 per 100.000) e nelle Marche (da 565,6 a 595,8 per 100.000), mentre la riduzione più marcata si è registrata in Valle d'Aosta (da 962,0 a 908,1 per 100.000) e in Calabria, dove il dato era già notevolmente al di sotto del valore nazionale (da 449,4 a 413,9 per 100.000).

Considerando i trend regionali tra il 2010-2014, il tasso presenta un significativo aumento in Molise, Abruzzo e Lazio, regioni che registravano valori molto inferiori al valore nazionale nel 2010. Un forte incremento del tasso si evidenzia anche nella PA di Bolzano che passa, tra il 2010 e il 2014, da 865,5 a 1.015,0 interventi per 100.000 (Tabella 1 e Grafico 1). Per quanto riguarda il tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per interventi chirurgici per bypass coronarico, nel 2014 si è registrato un valore pari a 112,3 per 100.000 (Tabella 2 e Grafico 2), in costante diminuzione dal 2010. Per questa procedura non si evidenzia un gradiente geografico, ma una consistente variabilità regionale ed un *range* elevato, con un valore minimo di 64,2 per 100.000 nella PA di Bolzano ed un massimo di 152,0 per 100.000 in Friuli Venezia Giulia. I singoli trend regionali, tra il 2013 e il 2014, indicano un maggior decremento del tasso in Valle d'Aosta (da 108,5 a 77,7 per 100.000) e in Molise (da 154,4 a 125,0 per 100.000), mentre il maggiore incremento si registra in Calabria (da 99,8 al 110,3 per 100.000) (Tabella 2).

L'analisi del periodo 2010-2014 evidenzia che la maggiore riduzione del tasso è avvenuta in Molise (da 179,5 a 125,0 per 100.000) e a seguire in Lombardia, Marche e Lazio. Al contrario, un trend in aumento si è registrato nella PA di Trento ed in Calabria.

Il terzo indicatore in esame si riferisce al tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per angioplastica coronarica. Il valore nazionale si attesta, nel 2014, a 575,0 per 100.000 (Tabella 3 e Grafico 3), in lieve calo rispetto al dato del 2013 (586,9 per 100.000) ma di gran lunga superiore al valore registrato nel 2010 (520,4 per 100.000).

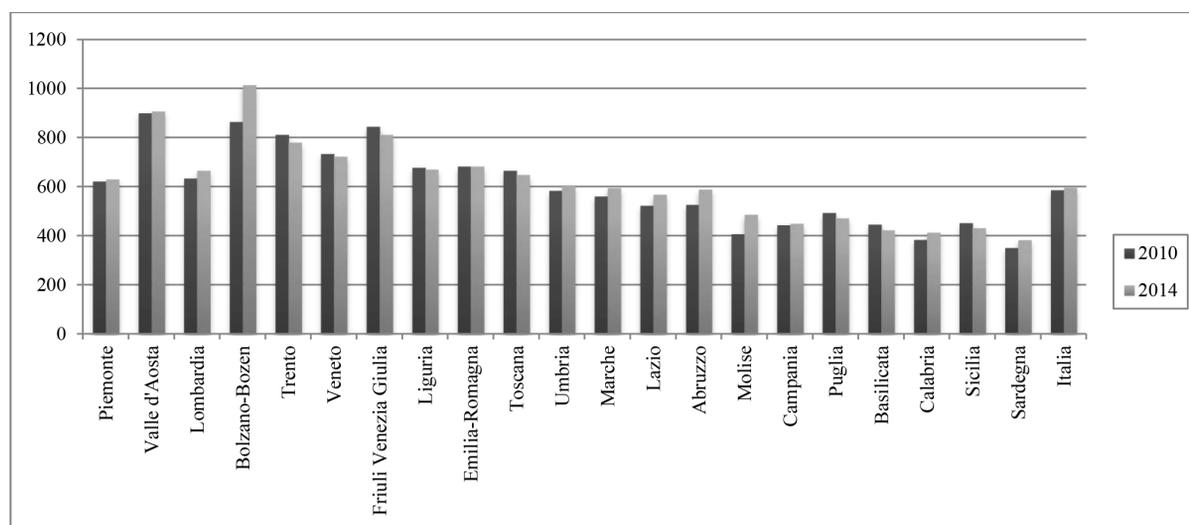
Come per gli altri indicatori precedentemente descritti, anche in questo caso si registra una considerevole variabilità regionale: il *range* varia, infatti, da 287,8 per 100.000 del Friuli Venezia Giulia a 692,6 della Valle d'Aosta. Nell'ultimo anno il calo più consistente del tasso si è registrato nella PA di Bolzano (da 516,9 a 463,5 per 100.000) e in Sicilia (da 649,0 a 607,3 per 100.000). Tra il 2010 e il 2014, il tasso di interventi si è ridotto in modo significativo in Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Toscana. Incrementi marcati, rispetto al 2010, si sono registrati in Sicilia, Valle d'Aosta, Marche, Calabria, PA di Trento, Campania e Molise.

La lettura congiunta dei tassi di ospedalizzazione per bypass coronarico e angioplastica (Tabella 2 e 3 e Grafico 2 e 3) evidenzia che, tra il 2010 e il 2014, nella maggior parte delle regioni si assiste ad una riduzione del tasso di bypass coronarico e ad un parallelo aumento del tasso di angioplastica coronarica. Ad eccezione del Veneto, dove la variazione dei due tassi in esame è di segno opposto e si compensa nei valori complessivi, per le altre regioni l'aumento del tasso di ospedalizzazione per angioplastica è di dimensioni notevolmente maggiore rispetto alla riduzione dei tassi di intervento per bypass coronarico. In 2 regioni (PA di Trento e Calabria) si registra un aumento dell'utilizzo di entrambe le procedure, mentre in Friuli Venezia Giulia, PA di Bolzano, Lombardia, Liguria, Toscana e Puglia si assiste ad una riduzione di entrambi i tassi. Solo l'Emilia-Romagna presenta una netta (e costante) riduzione del tasso di angioplastica coronarica, con un valore comunque superiore al dato nazionale, a fronte di un lieve aumento del tasso di bypass coronarico.

**Tabella 1** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	622,1	641,7	638,7	648,3	630,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	901,0	873,1	974,4	962,0	908,1
Lombardia	633,8	635,9	660,9	672,4	666,1
Bolzano-Bozen	865,5	865,8	863,9	1.001,0	1.015,0
Trento	812,5	762,1	770,0	768,1	781,3
Veneto	734,7	714,1	719,9	701,8	723,1
Friuli Venezia Giulia	845,5	823,8	820,5	811,5	812,4
Liguria	678,6	645,8	654,3	700,8	670,9
Emilia-Romagna	683,0	673,6	676,0	676,2	682,7
Toscana	666,2	635,8	635,5	651,5	648,5
Umbria	584,6	578,3	605,1	593,4	606,4
Marche	560,8	598,1	586,2	565,6	595,8
Lazio	523,7	538,0	574,4	593,3	568,6
Abruzzo	526,8	566,9	564,9	580,7	589,6
Molise	407,5	459,8	481,6	464,5	486,1
Campania	444,4	447,0	453,9	453,0	450,4
Puglia	494,2	491,4	481,6	479,2	471,9
Basilicata	446,4	401,0	453,9	449,9	423,1
Calabria	383,5	402,1	438,4	449,4	413,9
Sicilia	452,4	445,3	463,2	455,2	431,8
Sardegna	351,6	366,9	362,2	345,1	382,7
<b>Italia</b>	<b>587,0</b>	<b>585,5</b>	<b>596,8</b>	<b>601,7</b>	<b>596,4</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2014

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

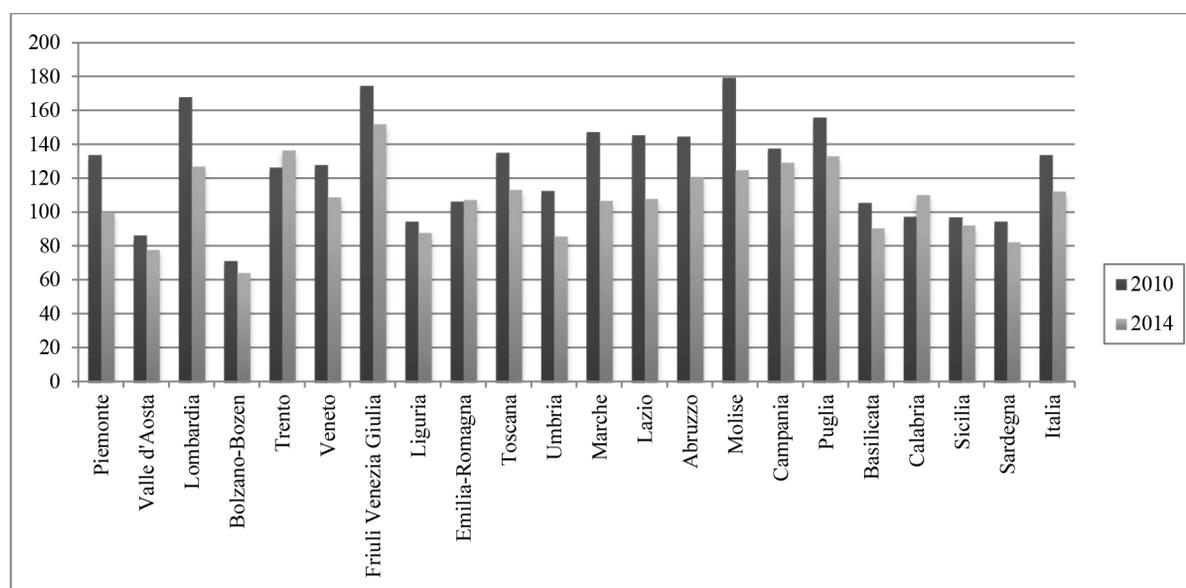
## ASSISTENZA OSPEDALIERA

439

**Tabella 2** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	133,8	127,2	114,7	108,9	100,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	86,3	123,1	111,0	108,5	77,7
Lombardia	168,1	154,8	145,2	140,6	127,0
Bolzano-Bozen	71,2	68,2	79,9	64,6	64,2
Trento	126,5	125,5	148,2	139,1	136,5
Veneto	128,0	112,4	113,7	108,4	108,9
Friuli Venezia Giulia	174,8	160,7	156,3	153,4	152,0
Liguria	94,6	87,3	96,7	103,4	87,9
Emilia-Romagna	106,5	105,9	100,5	100,0	107,3
Toscana	135,3	126,0	113,3	102,8	113,2
Umbria	112,7	80,4	96,9	88,2	85,8
Marche	147,4	129,3	139,4	102,6	106,7
Lazio	145,5	129,8	134,0	120,5	107,9
Abruzzo	144,7	139,6	136,1	120,2	121,0
Molise	179,5	145,7	128,0	154,4	125,0
Campania	137,8	117,3	120,9	124,3	129,4
Puglia	156,0	153,2	152,5	146,4	133,1
Basilicata	105,7	106,4	103,9	105,0	90,5
Calabria	97,4	99,4	103,3	99,8	110,3
Sicilia	97,1	100,5	96,2	96,7	92,2
Sardegna	94,6	100,9	88,2	79,5	82,3
<b>Italia</b>	<b>133,8</b>	<b>124,6</b>	<b>121,7</b>	<b>116,2</b>	<b>112,3</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

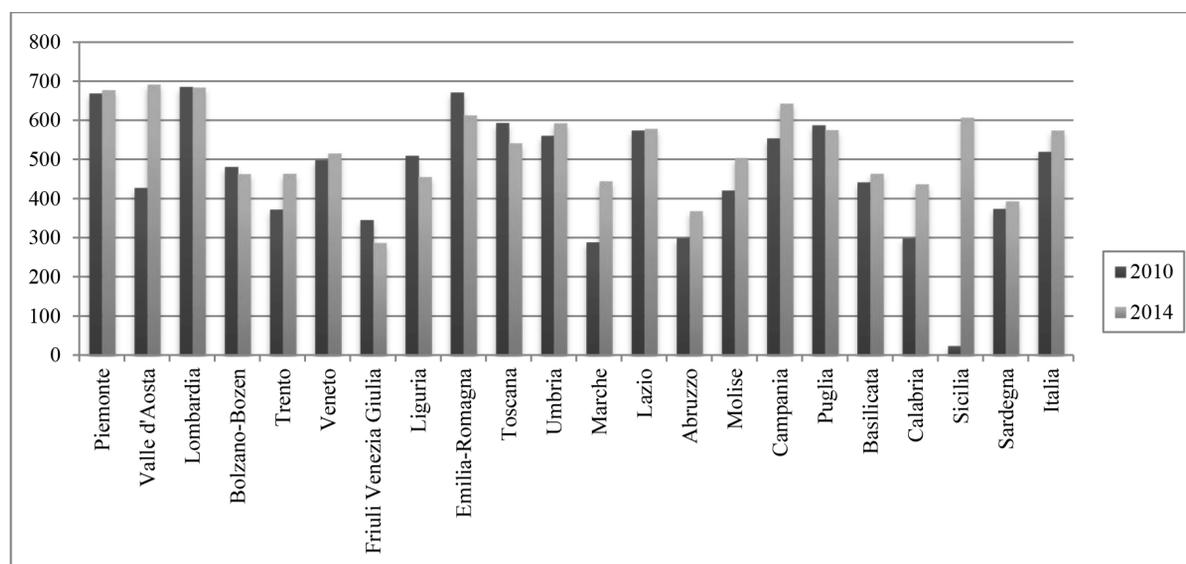
**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2014

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 3** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	669,9	666,5	685,1	693,8	678,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	428,0	634,3	740,2	676,3	692,6
Lombardia	686,7	700,6	702,6	697,6	684,6
Bolzano-Bozen	481,7	466,5	460,0	516,9	463,5
Trento	372,7	480,6	484,2	497,3	464,4
Veneto	499,8	485,5	496,8	499,9	516,2
Friuli Venezia Giulia	346,2	326,9	338,6	308,5	287,8
Liguria	510,8	478,3	453,1	450,4	456,3
Emilia-Romagna	672,5	647,2	637,2	628,9	613,6
Toscana	594,0	543,9	549,8	530,2	542,6
Umbria	561,6	550,5	547,6	589,1	593,5
Marche	289,4	372,4	346,9	452,0	445,4
Lazio	574,9	510,5	607,9	582,1	579,0
Abruzzo	299,9	297,5	382,1	396,2	369,1
Molise	421,7	365,6	464,4	504,1	504,2
Campania	554,6	599,0	628,7	675,2	643,6
Puglia	588,1	571,8	571,8	609,9	576,1
Basilicata	442,2	433,1	433,4	459,1	464,6
Calabria	299,2	425,7	428,8	423,8	437,1
Sicilia	24,2	605,8	628,5	649,0	607,3
Sardegna	374,2	383,5	397,7	408,1	393,6
<b>Italia</b>	<b>520,4</b>	<b>561,8</b>	<b>579,2</b>	<b>586,9</b>	<b>575,0</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Grafico 3** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2014

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Tutti e tre gli indicatori descritti presentano una fortissima variabilità regionale. È bene sottolineare che gli indicatori misurano la domanda di ospedalizzazione “soddisfatta” dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate e, inoltre, non consentono di analizzare la domanda “insoddisfatta” dovuta a diversi fattori, tra cui in taluni con-

testi anche alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie, e comunque rappresentativa di un bisogno di salute della popolazione.

Per garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe stabilire se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni sia da attribuire a differenze epidemiologiche delle patologie correlate alle procedure chirurgiche

in esame (diversa incidenza delle patologie), ad un sotto o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o ampliare le possibilità di accesso alle prestazioni oppure a determinanti connessi all'erogazione delle prestazioni, tra cui anche fattori correlati alla sfera professionale ed alla capacità di scelta dei pazienti. Per ciascuna delle procedure considerate, le variazioni possono essere imputabili a diverse e molteplici cause.

Per le protesi di anca, ad esempio, la letteratura riporta un'associazione proporzionalmente inversa con situazioni di svantaggio socio-economico e di deprivazione; sarebbe, quindi, auspicabile che nelle regioni in cui si registrano basse *performance* il fenomeno sia valutato con attenzione, al fine di avviare azioni volte a migliorare l'equità nell'accesso ai servizi (1), ovvero di contrastare fenomeni di eventuale sovrautilizzo della procedura nelle regioni che presentano i più alti tassi di intervento. L'aumento dei tassi registrato nelle regioni con valori bassi rispetto al dato nazionale potrebbe essere dovuto all'attuazione delle strategie sopra citate.

Diversamente, per procedure come l'angioplastica coronarica e il bypass coronarico la variabilità potrebbe essere correlata anche alla struttura dell'offerta (disponibilità di adeguate strutture specialistiche) e al comportamento dei clinici rispetto alle indicazioni di eleggibilità previste dalle Linee Guida per i quadri

patologici considerati (1). Anche la lettura congiunta dei tassi di angioplastica coronarica e bypass coronarico può fornire ulteriori elementi di discussione per studiare il fenomeno della variabilità interregionale nell'arco temporale dei 5 anni. Infatti, la riduzione del tasso di dimissione per bypass coronarico, a livello nazionale e nella maggior parte delle regioni, è in parte accompagnata dall'aumento del tasso di dimissione per angioplastica coronarica. Resta, però, da evidenziare che questo andamento non si registra in alcune regioni, per cui i determinanti della variazione dei tassi in esame vanno ricercati in molteplici direzioni (trend epidemiologici, modifica delle indicazioni per l'utilizzo della procedura e della struttura dell'offerta) attraverso accurate valutazioni condotte nei vari contesti.

Alla luce di queste considerazioni sarebbe opportuno incentivare le regioni che presentano gli scostamenti più elevati a valutare, in dettaglio, i fenomeni rilevati allo scopo di comprenderne la genesi e promuovere, se del caso, specifiche azioni per migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Variation in Health care, the good, the bad and the inexplicable. The King's Fund. Anno 2011.

(2) Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

## Ospedalizzazione in età pediatrica

Nel corso del 2014 si sono avute, complessivamente, 948.880 dimissioni ospedaliere, da reparti per acuti, di pazienti con età <18 anni. Il 67% delle dimissioni sono state da regime di Ricovero Ordinario (RO) ed il restante 33% da ricoveri diurni.

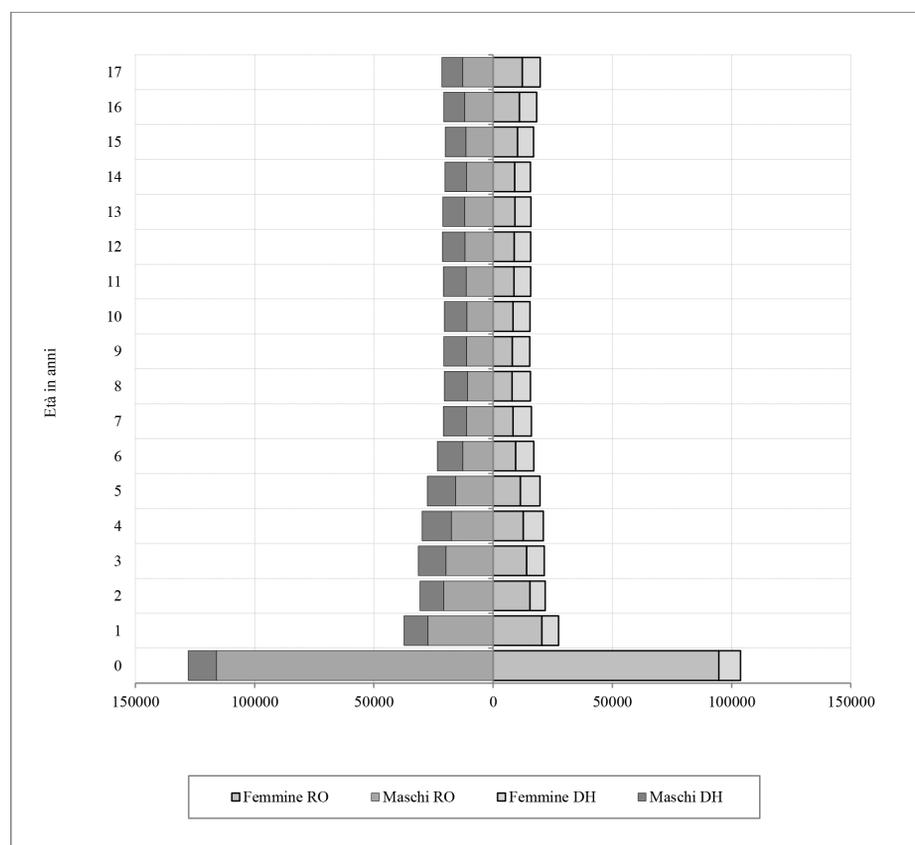
Il Grafico 1 rappresenta la distribuzione del numero assoluto delle dimissioni da reparti per acuti, genere ed età, comprensivo delle dimissioni di bambini non residenti in Italia. La distribuzione mostra anche la composizione delle dimissioni in base al regime di ricovero: ordinario e diurno.

La rappresentazione grafica fornisce una immediata indicazione sulla numerosità dei ricoveri nel 1° anno di vita, di cui il 58% sono immediatamente consecuti

tivi all'evento nascita. La numerosità dei ricoveri decresce, poi, gradualmente sino al 9-10° anno di età. Si osserva per le età successive un'inversione di tendenza, caratterizzata da lievi incrementi, costantemente crescenti, nella numerosità dei ricoveri.

Inoltre, il grafico consente di rilevare come in età pediatrica vi sia una maggiore propensione al ricovero dei maschi rispetto al ricovero delle femmine: il fenomeno caratterizza sia i RO che quelli diurni. Si osserva, inoltre, che la diversa propensione al ricovero per genere in età pediatrica si riduce intorno al 16-17° anno di età: infatti, in corrispondenza di questa età si riduce la differenza del numero dei RO per genere.

**Grafico 1** - Piramide dell'età (anni) per genere dei dimessi (valori assoluti) in età pediatrica da reparti per acuti - Anno 2014



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Significato.** I tassi di ospedalizzazione, calcolati su base regionale per classi di età dei pazienti e per regime di ricovero, consentono di evidenziare il ricorso dei residenti alle prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, un'analisi accurata dei tassi di ospedalizzazione permette di evidenziare eventuali differenze geografiche e temporali, quando se ne confronta l'andamento nel tempo. Per consentire un confronto tem-

porale sono stati presentati i tassi di ospedalizzazione relativi al 2010 e al 2014, ossia valori relativi ad un intervallo temporale quinquennale.

Valori eccessivi dei tassi di ospedalizzazione potrebbero essere indicativi di carenze organizzative nell'erogazione di altri servizi sanitari di cui dovrebbe essere dotato il territorio.

**Tasso di ospedalizzazione di pazienti in età pediatrica\***

Numeratore	Dimissioni per regione di residenza e classi di età <18 anni	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente per classi di età <18 anni	

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

**Validità e limiti.** Per il calcolo del tasso di ospedalizzazione sono state considerate le Schede di Dimissione Ospedaliera, relative alle dimissioni da reparti per acuti degli istituti di ricovero e cura pubblici e privati, ad esclusione delle dimissioni dei neonati sani, la cui ospedalizzazione è limitata all'evento nascita.

L'indicatore è stato calcolato distintamente per il regime di RO e diurno; dal numeratore sono state escluse le dimissioni dei pazienti non residenti in Italia e di coloro per i quali non è stato possibile calcolare l'età per la presenza di errori nella data di nascita e/o data di ricovero.

L'indicatore include, al numeratore, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno. Al denominatore dell'indicatore è stato posto il valore medio della popolazione residente per ciascun anno esaminato, ossia 2010 e 2014.

Il tasso di ospedalizzazione per regione non tiene conto della eventuale mobilità dei pazienti dalla propria regione di residenza a quella di ricovero. Infatti, sia al numeratore che al denominatore si tiene conto della regione di residenza.

La popolazione residente posta a denominatore dell'indicatore è quella fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Occorre precisare che per il 2010 è stata utilizzata la popolazione residente, ricostruita dall'Istat a partire dai dati del Censimento generale della popolazione del 2001 e 2011 e tiene conto dei flussi demografici intercorsi nel medesimo periodo intercensuario.

Qualche cautela va prestata nel confrontare i dati regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime diurno: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dell'ospedalizzazione diurna. In particolare, le differenze che si rilevano sono relative al numero medio di accessi in regime diurno.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto tra tassi specifici regionali consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le classi di età di pazienti con età <18 anni.

**Descrizione dei risultati**

Nel corso del quinquennio 2010-2014 si osserva, a livello nazionale, una riduzione dei tassi di ospedalizzazione per entrambi i regimi di ricovero, ordinario e diurno e per tutte le classi di età <18 anni (Tabella 1). La riduzione più consistente dell'ospedalizzazione si rileva per i ricoveri in regime ordinario dei bambini nel loro 1° anno di vita. Infatti, a livello nazionale, vi è una riduzione del tasso di ospedalizzazione specifico per questa classe di età di circa 68 ricoveri per 1.000 residenti: seppure con diversa intensità, la riduzione si rileva in quasi tutte le regioni. In Lombardia si ha la massima riduzione del tasso, con un decremento pari a quasi 177 ricoveri ogni 1.000 residenti e a seguire la Sicilia, con una riduzione di 134,2 ricoveri per 1.000 residenti. Tuttavia, vi sono regioni che mostrano una tendenza contraria, ossia presentano un incremento del tasso di ospedalizzazione nel periodo considerato: la Valle d'Aosta, con massimo incremento di 76,2 ricoveri ogni 1.000 residenti, e a seguire, con incrementi molto inferiori, il Molise, le Marche e la PA di Bolzano.

Nel 2014, il tasso di ospedalizzazione per il 1° anno di vita, calcolato a livello nazionale, è di circa 414 ricoveri ogni 1.000 residenti. Si rileva, a tal riguardo, che vi sono regioni che presentano valori che si discostano in modo consistente dal valore nazionale: in Abruzzo, Puglia, Molise e Sardegna il tasso supera i 500 ricoveri per 1.000 residenti; nella PA di Trento, Friuli Venezia Giulia e Veneto il tasso è ben al di sotto del valore nazionale attestandosi sotto i 320 ricoveri per 1.000 residenti.

Con riferimento ai tassi di ospedalizzazione 2010-2014 relativi ai ricoveri diurni, si osserva anche in questo caso la riduzione dei valori per tutte le classi di età considerate (Tabella 2).

In particolare, nel quinquennio 2010-2014, il ricovero diurno per i bambini al di sotto di 1 anno subisce una drastica riduzione in alcune regioni: in Lombardia e Liguria il tasso si dimezza, mentre in Sicilia la riduzione è ancora più consistente, in quanto il valore del 2014 rappresenta solo un quarto del valore assunto nel 2010. Valori del tasso di ospedalizzazione assai superiori al valore nazionale si rilevano nel Lazio per tutte le classi di età pediatrica oggetto di studio.

Per illustrare i motivi di ricovero in età pediatrica, sono di seguito presentate le Tabelle 3-6 che riportano

i primi 15 DRG per numerosità di dimissioni da reparti per acuti in regime ordinario, di residenti e non sul territorio nazionale.

In particolare dalla Tabella 3, relativa ai dimessi di età <1 anno, si evidenzia che le dimissioni associate ai primi 15 DRG rappresentano circa l'82% delle dimissioni in regime ordinario relative a questa classe di età.

I primi 15 DRG della Tabella 3 sono tutti di tipo medico. I primi 15 DRG associati alle dimissioni di bambini in età compresa tra 1-4 anni (Tabella 4) sono prevalentemente di tipo medico e riguardano il 62,4% del totale delle dimissioni per questa fascia di età. Anche in questo caso, tra i primi DRG compaiono quelli a rischio di inappropriatazza. In particolare, ve ne sono di tipo chirurgico, come quelli per interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia e per interventi sul testicolo non dovuti a neoplasie.

La Tabella 5 presenta le dimissioni relative ai primi 15 DRG per età comprese tra 5-14 anni, che costituiscono circa il 47% delle dimissioni complessive per questa fascia di età. I ricoveri per tonsillectomie e per esofagiti/gastroenteriti occupano, rispettivamente, il 2° e il 1° posto per numerosità di dimissioni per i bambini in questa fascia di età.

Relativamente all'ultima classe di età pediatrica qui considerata, compresa tra 15-17 anni, la Tabella 6 riporta i primi 15 raggruppamenti delle dimissioni per DRG, che costituiscono appena il 36,6% del numero complessivo delle dimissioni in regime ordinario. In questo caso i primi DRG chirurgici sono quelli per appendicectomia ed interventi sul ginocchio.

Si rileva che al 5° posto per ordine di dimissioni compaiono quelle dovute a parto naturale.

Le Tabelle 7-9 che seguono, descrivono in modo più dettagliato la modalità di erogazione di alcune prestazioni ospedaliere associate a DRG ad alto rischio di inappropriatazza, se erogate in regime di RO.

Nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera, per non erogare prestazioni in modalità inappropriata, si sta procedendo al trasferimento delle suddette prestazioni dal regime di RO a quello diurno o anche, laddove possibile, verso il regime ambulatoriale. In tal modo, si riuscirebbe a garantire un'erogazione delle prestazioni in modo più efficiente, con minore aggravio del-

le risorse finanziarie dedicate al sistema sanitario e con maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse di cui dispone ciascuna struttura ospedaliera.

La Tabella 7 considera le dimissioni per tonsillectomia e/o adenoidectomia, per i pazienti in età pediatrica (0-17 anni). La tabella riporta il numero delle dimissioni effettuate in regime di RO e quelle con ricovero diurno. Delle dimissioni in regime ordinario sono evidenziati i ricoveri avuti in One Day Surgery, ossia con un solo pernottamento del paziente, in modo tale che il paziente possa essere sufficientemente monitorato prima di essere dimesso. La tabella, quindi, evidenzia la percentuale degli interventi effettuati in regime diurno ed in One Day Surgery sul totale delle dimissioni avute per tonsillectomia. Il confronto dei valori percentuali regionali evidenzia come il processo di trasferimento degli interventi di tonsillectomia, dal regime ordinario al diurno o One Day Surgery, sia ancora in atto in alcune regioni. In particolare, il processo di cambiamento sembrerebbe più lento in quelle regioni in cui viene praticato un numero inferiore di interventi.

La Tabella 8 considera le dimissioni ospedaliere per otite media ed infezione delle alte vie respiratorie, cui è associato un DRG medico. La tabella evidenzia la percentuale di dimissioni in regime diurno e con degenza breve, ossia di 1 giorno, sul totale delle dimissioni ed anche in questo caso i dati presentano un'elevata variabilità: detta distribuzione percentuale assume il valore massimo nel Lazio con il 49,7%; il valore minimo si registra in Piemonte con il 6,2%.

La Tabella 9 considera i ricoveri per esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, cui è associato un DRG medico, ritenuto a rischio di inappropriatazza se con RO. Dal computo dei ricoveri sono stati esclusi quelli che, sulla base di una valutazione medica, sono stati ritenuti ricoveri urgenti.

In questo caso la percentuale dei ricoveri diurni e con degenza breve (1 giorno) sul totale delle dimissioni non è in nessun caso inferiore al 60% ed i valori massimi sono quasi al 93% (Lazio e Friuli Venezia Giulia).

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

445

**Tabella 1** - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anni 2010, 2014

Regioni	<1		1-4		5-14		15-17		0-14		0-17	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Piemonte	496,2	481,3	60,9	48,5	36,5	30,6	45,4	37,7	74,4	62,7	69,7	58,6
Valle d'Aosta	370,4	446,6	50,3	59,3	48,9	44,4	57,4	52,1	72,0	72,4	69,8	69,1
Lombardia	571,4	394,7	78,8	65,0	42,3	37,3	49,5	44,2	89,5	66,4	83,3	62,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>371,7</i>	<i>380,8</i>	<i>64,7</i>	<i>48,1</i>	<i>40,4</i>	<i>30,2</i>	<i>55,3</i>	<i>50,2</i>	<i>67,7</i>	<i>57,4</i>	<i>65,6</i>	<i>56,1</i>
<i>Trento</i>	<i>388,4</i>	<i>307,4</i>	<i>44,4</i>	<i>33,7</i>	<i>27,1</i>	<i>24,2</i>	<i>32,7</i>	<i>33,8</i>	<i>55,7</i>	<i>43,8</i>	<i>52,0</i>	<i>42,1</i>
Veneto	331,7	319,4	50,7	37,1	26,9	23,9	33,7	28,6	54,0	44,8	50,7	42,1
Friuli Venezia Giulia	329,6	319,3	39,9	31,1	24,8	23,7	36,6	32,5	49,4	43,3	47,4	41,5
Liguria	510,7	477,4	69,6	59,4	37,7	34,3	48,0	38,2	77,1	66,8	72,2	61,9
Emilia-Romagna	442,5	411,2	67,4	55,3	38,3	34,0	42,0	39,5	75,6	62,9	70,5	59,2
Toscana	422,1	353,9	60,1	45,3	34,1	28,3	43,5	36,8	67,9	52,3	64,0	49,8
Umbria	499,9	404,1	87,3	66,0	43,8	40,7	49,2	45,6	87,0	69,3	80,8	65,5
Marche	386,2	398,5	77,9	59,7	43,3	35,7	43,0	39,9	76,2	64,0	70,6	59,9
Lazio	494,0	458,1	82,3	73,5	40,9	35,8	45,8	38,1	83,7	71,8	77,3	66,4
Abruzzo	604,5	576,6	111,0	93,2	52,2	46,8	55,3	47,1	104,2	91,1	95,4	83,5
Molise	503,8	519,8	83,9	77,5	48,2	45,2	60,1	41,9	84,6	80,9	79,9	73,5
Campania	434,4	374,0	89,0	75,1	43,3	36,0	51,2	41,8	78,8	64,8	73,7	60,7
Puglia	601,7	556,3	127,6	109,0	58,9	49,9	60,7	49,7	109,4	93,4	100,4	85,4
Basilicata	452,1	375,1	75,0	68,4	39,6	41,3	40,5	34,7	72,5	66,2	66,4	60,3
Calabria	480,7	450,1	98,3	72,9	48,6	37,6	53,6	39,9	88,2	71,2	81,5	65,5
Sicilia	498,9	364,7	124,1	89,4	56,4	41,2	49,6	34,9	101,3	72,7	91,6	65,9
Sardegna	522,5	511,5	109,3	88,1	48,0	41,1	51,5	43,6	95,0	80,3	87,0	73,9
<b>Italia</b>	<b>481,7</b>	<b>413,9</b>	<b>82,5</b>	<b>66,7</b>	<b>42,5</b>	<b>35,8</b>	<b>47,9</b>	<b>39,8</b>	<b>82,4</b>	<b>66,4</b>	<b>76,5</b>	<b>61,9</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 2** - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime diurno per regione - Anni 2010, 2014

Regioni	<1		1-4		5-14		15-17		0-14		0-17	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Piemonte	27,7	15,7	20,9	16,2	21,6	15,5	27,9	21,8	21,8	20,0	22,8	13,1
Valle d'Aosta	42,4	29,0	23,4	33,4	23,8	19,8	17,1	27,1	25,0	29,1	23,8	20,1
Lombardia	28,5	14,5	23,2	16,8	20,2	14,4	20,3	15,1	21,6	17,9	21,4	12,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>31,4</i>	<i>27,9</i>	<i>41,6</i>	<i>32,9</i>	<i>30,3</i>	<i>21,6</i>	<i>23,5</i>	<i>19,5</i>	<i>33,3</i>	<i>29,1</i>	<i>31,7</i>	<i>20,6</i>
<i>Trento</i>	<i>33,6</i>	<i>32,4</i>	<i>32,0</i>	<i>33,9</i>	<i>32,4</i>	<i>32,1</i>	<i>29,7</i>	<i>29,4</i>	<i>32,4</i>	<i>38,6</i>	<i>31,9</i>	<i>27,1</i>
Veneto	18,6	16,8	29,6	25,9	20,3	19,4	23,9	20,4	22,7	25,0	22,9	17,5
Friuli Venezia Giulia	26,5	29,9	32,5	26,4	24,3	22,1	24,7	25,0	26,7	28,6	26,4	19,8
Liguria	113,4	58,6	66,5	51,3	62,5	47,7	53,9	42,3	66,9	58,0	64,7	40,9
Emilia-Romagna	26,1	26,0	20,0	20,2	20,2	18,5	23,7	21,2	20,5	23,4	21,0	16,4
Toscana	71,2	56,1	51,0	45,2	47,3	42,9	36,6	35,7	50,0	51,1	47,9	37,1
Umbria	52,3	39,7	39,8	32,1	38,9	28,9	30,1	21,3	40,0	34,5	38,4	25,4
Marche	54,2	31,8	31,2	27,8	31,4	26,8	26,3	23,4	32,9	32,1	31,8	22,8
Lazio	120,8	111,1	88,7	77,2	89,3	67,1	63,5	50,8	91,3	82,3	86,7	60,8
Abruzzo	58,9	44,6	45,2	41,4	45,1	39,7	34,2	32,9	46,1	47,3	43,9	33,4
Molise	56,2	65,9	58,2	40,4	49,3	33,1	38,8	32,5	51,9	44,4	49,4	29,9
Campania	100,8	87,6	60,1	48,5	47,6	40,7	40,0	37,6	54,0	53,6	51,5	37,1
Puglia	37,3	29,5	41,7	27,9	38,8	29,7	27,4	24,6	39,5	34,8	37,2	23,9
Basilicata	49,1	38,4	45,1	30,3	46,8	27,8	39,5	26,0	46,5	35,0	45,2	23,5
Calabria	78,2	58,8	47,8	37,5	42,1	33,6	36,9	31,9	45,8	43,2	44,1	29,5
Sicilia	64,6	15,8	45,1	19,7	42,3	20,8	42,8	20,6	44,4	24,8	44,1	16,6
Sardegna	36,5	30,3	31,0	25,4	31,4	26,2	32,9	33,9	31,6	33,3	31,9	21,6
<b>Italia</b>	<b>55,4</b>	<b>41,4</b>	<b>41,8</b>	<b>33,0</b>	<b>38,3</b>	<b>29,6</b>	<b>34,1</b>	<b>27,6</b>	<b>40,4</b>	<b>36,8</b>	<b>39,3</b>	<b>25,9</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 3** - Primi 15 DRG (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età <1 anno in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2014

Rango	DRG		Dimissioni ospedaliere	%	% cumulata
1	390	M Neonati con altre affezioni significative	52.033	24,7	24,7
2	389	M Neonati a termine con affezioni maggiori	26.099	12,4	37,1
3	388	M Prematurità senza affezioni maggiori	17.161	8,2	45,3
4	098	M Bronchite e asma, età <18 anni	14.960	7,1	52,4
5	387	M Prematurità con affezioni maggiori	8.522	4,0	56,4
6	385	M Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	7.806	3,7	60,1
7	386	M Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	7.770	3,7	63,8
8	467	M Altri fattori che influenzano lo stato di salute	7.133	3,4	67,2
9	184	M Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	6.551	3,1	70,3
10	422	M Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	5.205	2,5	72,8
11	298	M Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età <18 anni	4.665	2,2	75,0
12	070	M Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni	4.373	2,1	77,1
13	322	M Infezioni del rene e delle vie urinarie, età <18 anni	4.159	2,0	79,1
14	091	M Polmonite semplice e pleurite, età <18 anni	2.928	1,4	80,4
15	137	M Malattie cardiache congenite e valvolari, età <18 anni	2.888	1,4	81,8
<b>Totale (Primi 15 DRG)</b>			<b>172.253</b>	<b>81,8</b>	
<b>Totale</b>			<b>210.543</b>	<b>100,0</b>	

M = DRG Medico.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 4** - Primi 15 DRG (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età 1-4 anni in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2014

Rango	DRG		Dimissioni ospedaliere	%	% cumulata
1	298	M Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età <18 anni	14.071	9,5	9,5
2	184	M Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	12.814	8,7	18,2
3	091	M Polmonite semplice e pleurite, età <18 anni	11.243	7,6	25,8
4	026	M Convulsioni e cefalea, età <18 anni	10.715	7,2	33,0
5	098	M Bronchite e asma, età <18 anni	8.304	5,6	38,6
6	070	M Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni	7.875	5,3	43,9
7	422	M Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	7.855	5,3	49,2
8	060	C Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni	6.727	4,5	53,8
9	341	C Interventi sul pene	2.324	1,6	55,4
10	087	M Edema polmonare e insufficienza respiratoria	2.062	1,4	56,8
11	340	C Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età <18 anni	1.868	1,3	58,0
12	322	M Infezioni del rene e delle vie urinarie, età <18 anni	1.721	1,2	59,2
13	074	M Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età <18 anni	1.681	1,1	60,3
14	423	M Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	1.583	1,1	61,4
15	190	M Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età <18 anni	1.524	1,0	62,4
<b>Totale (Primi 15 DRG)</b>			<b>92.367</b>	<b>62,4</b>	
<b>Totale</b>			<b>147.975</b>	<b>100,0</b>	

M = DRG Medico.

C = DRG Chirurgico.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

447

**Tabella 5** - Primi 15 DRG (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età 5-14 anni in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2014

Rango	DRG		Dimissioni ospedaliere	%	% cumulata
1	184 M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	14.214	6,8	6,8
2	060 C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni	12.668	6,1	12,9
3	026 M	Convulsioni e cefalea, età <18 anni	8.833	4,2	17,2
4	298 M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età <18 anni	8.327	4,0	21,2
5	091 M	Polmonite semplice e pleurite, età <18 anni	8.099	3,9	25,0
6	167 C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	7.597	3,6	28,7
7	225 C	Interventi sul piede	6.132	2,9	31,6
8	422 M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	4.790	2,3	33,9
9	190 M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età <18 anni	4.739	2,3	36,2
10	220 C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età <18 anni	4.296	2,1	38,3
11	224 C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	4.084	2,0	40,2
12	070 M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni	3.914	1,9	42,1
13	340 C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età <18 anni	3.866	1,9	44,0
14	098 M	Bronchite e asma, età <18 anni	3.220	1,5	45,5
15	234 C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	2.809	1,3	46,9
<b>Totale (Primi 15 DRG)</b>			<b>97.588</b>	<b>46,9</b>	
<b>Totale</b>			<b>208.235</b>	<b>100,0</b>	

M = DRG Medico.

C = DRG Chirurgico.

CC = patologie Complicanti o Concomitanti.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 6** - Primi 15 DRG (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età 15-17 anni in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2014

Rango	DRG		Dimissioni ospedaliere	%	% cumulata
1	184 M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	3.426	4,9	4,9
2	167 C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	3.362	4,8	9,7
3	503 C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3.063	4,4	14,1
4	026 M	Convulsioni e cefalea, età <18 anni	1.787	2,6	16,7
5	373 M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.750	2,5	19,2
6	220 C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età <18 anni	1.560	2,2	21,4
7	340 C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età <18 anni	1.451	2,1	23,5
8	060 C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni	1.417	2,0	25,6
9	538 C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.344	1,9	27,5
10	422 M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	1.293	1,9	29,3
11	267 C	Interventi perianali e pilonidali	1.224	1,8	31,1
12	190 M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età <18 anni	1.004	1,4	32,5
13	430 M	Psicosi	982	1,4	34,0
14	229 C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	925	1,3	35,3
15	225 C	Interventi sul piede	917	1,3	36,6
<b>Totale (Primi 15 DRG)</b>			<b>25.505</b>	<b>36,6</b>	
<b>Totale</b>			<b>69.695</b>	<b>100,0</b>	

M = DRG Medico.

C = DRG Chirurgico.

CC = patologie Complicanti o Concomitanti.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 7 - Ricoveri (valori assoluti e valori percentuali) per tonsillectomia e/o adenoidectomia in regime diurno e Ricovero Ordinario per regione - Anno 2014**

Regioni	DRG 060 - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni			
	Regime diurno	Ricoveri Ordinari 1 giorno	Ricoveri Ordinari*	% regime diurno e ricovero breve sul totale delle dimissioni
Piemonte	62	2.882	3.039	94,9
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	0	19	109	17,4
Lombardia	1.376	4.908	6.027	84,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	305	16	249	57,9
<i>Trento</i>	299	3	58	84,6
Veneto	3.959	293	415	97,2
Friuli Venezia Giulia	252	416	501	88,7
Liguria	1.038	12	48	96,7
Emilia-Romagna	488	2.219	2.444	92,3
Toscana	1.066	1.157	1.231	96,8
Umbria	178	375	501	81,4
Marche	4	512	892	57,6
Lazio	1.521	944	1.671	77,2
Abruzzo	324	56	326	58,5
Molise	44	1	41	52,9
Campania	1.755	322	1.219	69,8
Puglia	629	390	695	77,0
Basilicata	79	42	239	38,1
Calabria	230	141	236	79,6
Sicilia	2.210	32	122	96,1
Sardegna	207	59	754	27,7
<b>Italia</b>	<b>16.026</b>	<b>14.799</b>	<b>20.817</b>	<b>83,7</b>

\*Le dimissioni in regime ordinario sono comprensive delle dimissioni in One Day Surgery.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 8 - Ricoveri (valori assoluti e valori percentuali) per otite media e infezioni alle vie respiratorie in regime diurno e Ricovero Ordinario per regione - Anno 2014**

Regioni	DRG 070 - Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni			
	Regime diurno	Ricoveri Ordinari 1 giorno	Ricoveri Ordinari*	% regime diurno e ricovero breve sul totale delle dimissioni
Piemonte	16	18	529	6,2
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	5	2	17	31,8
Lombardia	25	264	4.283	6,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	9	26	199	16,8
<i>Trento</i>	3	12	83	17,4
Veneto	50	32	643	11,8
Friuli Venezia Giulia	13	22	99	31,3
Liguria	26	8	285	10,9
Emilia-Romagna	38	108	831	16,8
Toscana	158	37	338	39,3
Umbria	8	33	363	11,1
Marche	8	44	313	16,2
Lazio	1.156	229	1.629	49,7
Abruzzo	117	36	401	29,5
Molise	17	11	103	23,3
Campania	828	284	1.807	42,2
Puglia	240	290	2.119	22,5
Basilicata	10	12	116	17,5
Calabria	67	121	803	21,6
Sicilia	82	178	1.465	16,8
Sardegna	12	59	469	14,8
<b>Italia</b>	<b>2.888</b>	<b>1.826</b>	<b>16.895</b>	<b>23,8</b>

\*Le dimissioni in regime ordinario sono comprensive delle dimissioni in One Day Surgery.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

449

**Tabella 9** - Ricoveri (valori assoluti e valori percentuali) per esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente in regime diurno e Ricovero Ordinario per regione - Anno 2014

Regioni	DRG 184 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni			
	Regime diurno	Ricoveri Ordinari 1 giorno	Ricoveri Ordinari*	% regime diurno e ricovero breve sul totale delle dimissioni
Piemonte	272	43	105	83,6
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	12	0	6	66,7
Lombardia	966	279	599	79,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	33	2	8	85,4
<i>Trento</i>	103	4	19	87,7
Veneto	438	58	237	73,5
Friuli Venezia Giulia	289	23	48	92,6
Liguria	262	18	75	83,1
Emilia-Romagna	348	51	251	66,6
Toscana	688	16	76	92,1
Umbria	41	4	11	86,5
Marche	100	46	103	71,9
Lazio	2.812	104	331	92,8
Abruzzo	488	4	58	90,1
Molise	36	2	7	88,4
Campania	1.952	346	1.753	62,0
Puglia	1.202	91	303	85,9
Basilicata	183	5	35	86,2
Calabria	870	40	194	85,5
Sicilia	183	10	71	76,0
Sardegna	250	12	58	85,1
<b>Italia</b>	<b>11.528</b>	<b>1.158</b>	<b>4.348</b>	<b>79,9</b>

\*Le dimissioni in regime ordinario sono comprensive delle dimissioni in One Day Surgery.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

## Mobilità ospedaliera in età pediatrica

**Significato.** Con l'analisi della mobilità ospedaliera si prendono in considerazione gli spostamenti dei pazienti, in età pediatrica (0-17 anni), dalla propria regione di residenza a quella di ricovero, per essere sottoposti a cure ed interventi chirurgici. Spesso le ragioni di questi spostamenti possono essere di varia natura e non sempre immediatamente comprensibili. Le motivazioni possono essere ricondotte alla ricerca di strutture ospedaliere di alta specialità o che notoriamente sono ritenute più specializzate di altre nel trattare determinate patologie e, quindi, al maggior grado di fiducia di cui godono, aspetto di rilevante importanza nel caso dei pazienti pediatrici. Si può anche rilevare una mobilità di "confine" verso strutture extra-regionali situate in zone limitrofe ai confini regionali per cui la mobilità è giustificata dalla vicinanza geografica o dalla maggiore facilità di accesso alle cure. Inoltre, la mobilità ospedaliera può

essere ricondotta ai casi di pazienti che necessitano di assistenza ospedaliera e sono domiciliati in una regione diversa da quella propria di residenza, anche se per i pazienti in età pediatrica tale assunto dovrebbe, però, essere marginale. Infine, esiste una migrazione "evitabile" dovuta ad una inadeguata allocazione dei presidi diagnostico-terapeutici, a disinformazione o ad inefficienze delle strutture locali.

Il fenomeno della mobilità ospedaliera di una regione esprime la capacità di attrarre pazienti che risiedono in altre regioni ed in tal caso, si parla di mobilità attiva, mentre la tendenza dei pazienti ad emigrare fuori regione viene detta mobilità passiva.

La matrice di mobilità ospedaliera, determinata dalla regione di ricovero per riga e regione di residenza o provenienza per colonna, consente di calcolare gli indicatori atti a misurare l'intensità del fenomeno. Gli indicatori in questione sono l'indice di attrazione e l'indice di fuga.

### Indice di attrazione

Numeratore	Dimissioni in mobilità attiva (pazienti in età pediatrica residenti in altre regioni)	x 100
Denominatore	Dimissioni effettuate in regione (pazienti in età pediatrica ovunque residenti)	

### Indice di fuga

Numeratore	Dimissioni in mobilità passiva (pazienti in età pediatrica residenti in regione ricoverati in altre regioni)	x 100
Denominatore	Dimissioni di residenti in regione (pazienti in età pediatrica ovunque ricoverati)	

Analizzando il fenomeno della mobilità, emerge anche una mobilità di tipo internazionale. Ci si limita, in questo contesto, all'assistenza ospedaliera erogata in Italia a cittadini residenti all'estero. Questo fenomeno assume particolare rilievo, tenendo conto delle indicazioni europee stilate nella Direttiva 2011/24/UE che mirano ad agevolare l'accesso ad un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità nell'Unione Europea e a garantire la mobilità dei pazienti.

Le amministrazioni regionali sono particolarmente interessate al fenomeno della mobilità ospedaliera per gli effetti finanziari che da essa scaturiscono. Con DM 18 ottobre 2012, il Ministero della Salute ha fissato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e lungodegenza. Trattasi di tariffe omnicomprendenti degli episodi di ricovero cui le Regioni devono tener conto nell'adozione del proprio sistema tariffario.

**Validità e limiti.** La validità ed i limiti dell'analisi sulla mobilità ospedaliera si riferiscono alla qualità dell'informazione relativa alla regione di residenza del paziente, che è andata migliorando nel tempo e può

essere considerata di elevata affidabilità. Per quanto riguarda la lettura dei dati, occorre prestare particolare cautela ai dati relativi alle regioni di dimensioni demografiche ridotte per le quali è da considerare fisiologico il flusso di esodo che riguarda prestazioni altamente specialistiche alle quali è ragionevole non trovare rispondenza nelle strutture locali.

Inoltre, per definire più puntualmente le motivazioni che sottendono la mobilità sanitaria, occorrerebbe approfondire il fenomeno analizzando i settori nosologici che più incidono sulla migrazione.

**Valore di riferimento/Benchmark.** L'Accordo Stato-Regioni per il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, all'art. 19 dedicato alla mobilità interregionale, stabilisce che le Regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria. Detti accordi dovrebbero prevenire fenomeni distortivi indotti dalle differenze tariffarie adottate dalle Regioni e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale. Le Regioni dovrebbero anche definire collabora-

zioni interregionali tali da conseguire un miglioramento dei risultati organizzativi rispetto a quelli che si avrebbero se ci si limitasse ad una scala organizzativa ristretta al proprio ambito territoriale. Infine, dovrebbero essere individuati meccanismi di controllo su eventuali comportamenti opportunistici di alcuni soggetti del sistema definendo tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda.

### Descrizione dei risultati

Le tabelle che seguono presentano l'entità della mobilità per regione in termini di numerosità delle dimissioni in età pediatrica e relativi indici di attrazione e fuga. L'analisi viene presentata nella Tabella 1 e 2 relativamente all'attività per acuti e distintamente per regime di ricovero, con un confronto per gli anni 2010 e 2014. Nelle tabelle, per ogni regione, si riportano anche le dimissioni dei residenti all'estero.

La mobilità dei ricoveri in età pediatrica per acuti in regime ordinario presenta, complessivamente, un trend decrescente nei valori assoluti: si passa da 61.778 dimissioni in mobilità nel 2010 a 54.967 nel 2014 (Tabella 1). Nel 2010, tutte le regioni del Meridione insieme a Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Umbria e Marche presentano un saldo negativo dei ricoveri in mobilità, mentre tra le più attrattive si segnalano la Liguria ed il Lazio. Nel 2014, il saldo di mobilità negativo è confermato per le stesse regioni già rilevate nel 2010 oltre al Veneto. Le regioni più attrattive risultano il Lazio e l'Emilia Romagna. Consistenti saldi positivi si rilevano anche per la Toscana e la Liguria. Il numero complessivo delle dimissioni in mobilità in età pediatrica per acuti in regime diurno presenta i seguenti valori assoluti: 45.427 dimissioni nel 2010 e 41.462 nel 2014 (Tabella 2). Anche in questo caso, per il 2010, le regioni del Meridione presentano saldi negativi dei ricoveri diurni per acuti, oltre a Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Veneto, Umbria e Marche. I più accentuati saldi negativi, nel 2010, sono in Campania e Calabria. I saldi positivi più elevati si rilevano nel Lazio e con un certo distacco in Liguria. Nel 2014, si confermano i saldi negativi delle regioni già rilevate nel 2010 con la Lombardia e la PA di Bolzano che subiscono un'inversione del saldo. Tra le regioni a saldo positivo, nel 2014, si segnalano il Lazio, la Liguria e la Toscana, con quest'ultima che registra un incremento rispetto al 2010.

In termini percentuali tanto con i ricoveri in regime ordinario che con quelli diurni la Liguria raggiunge i valori più elevati della mobilità attiva, sia nel 2010 che nel 2014; in quest'ultimo anno raggiunge la percentuale del 30,7% di attrazione per le dimissioni da reparti per acuti in regime ordinario e del 35,9% per quelle in regime diurno. Per quanto riguarda la mobilità passiva, come preliminarmente osservato nella sezione "Validità e limiti", si denota che, generalmente, le regioni meno

estese raggiungono elevate percentuali di residenti in età pediatrica dimessi fuori regione. Nello specifico, per quanto concerne le dimissioni in età pediatrica per acuti in regime diurno, l'Umbria, il Molise e la Basilicata raggiungono, nel 2014, una percentuale di fuga superiore al 50%; per le dimissioni per acuti in regime ordinario i valori più elevati della percentuale di fuga, nel 2014, si riscontrano in Molise, Basilicata e Valle d'Aosta.

Un *focus* sulle regioni in Piano di Rientro e sulla dinamica della mobilità ospedaliera in età pediatrica per acuti in regime ordinario nel periodo 2010-2014 consente di evidenziare come varie regioni denotano un aumento dell'indice di fuga. Tale aumento risulta consistente specialmente per la Calabria e l'Umbria che, dal 2010 al 2014, passano, rispettivamente, da una percentuale del 16,0% al 19,3% e dal 16,2% al 18,8%. Relativamente alle dimissioni in età pediatrica per acuti in regime diurno, aumenta l'indice di fuga in particolare in Basilicata (da 35,5% a 51,8%) e Umbria (da 50,0% a 62,1%); più contenuto è l'aumento dell'indice di emigrazione per le rimanenti regioni, con eccezione della Valle d'Aosta che passa dal 48,2% del 2010 a 42,6% del 2014 e della PA di Bolzano che passa, invece, dal 22,0% del 2010 al 17,3% del 2014.

Infine, le tabelle riportano anche le dimissioni dei residenti all'estero. Dai dati a disposizione si osserva come le dimissioni di questi pazienti non siano uniformemente distribuite sul territorio nazionale, sia per quanto concerne le dimissioni per acuti in regime ordinario che in regime diurno. In termini assoluti, a livello nazionale, dal 2010 al 2014 si rileva un netto incremento delle dimissioni dei residenti all'estero; le dimissioni in età pediatrica per acuti in regime ordinario passano, infatti, da 1.000 nel 2010 a 9.322 nel 2014, mentre le dimissioni per acuti in regime diurno passano da 400 nel 2010 a 2.550 nel 2014. Il maggior numero di dimissioni per acuti in regime ordinario si registra in Lombardia ed in Puglia, dove nel 2014 si superano le 1.000 dimissioni; per quanto concerne le dimissioni in regime diurno i valori più elevati si rilevano sempre in Lombardia (568 dimissioni per residenti all'estero nel 2014) e nel Lazio (385 dimissioni per residenti all'estero nel 2014). L'aumento delle dimissioni di residenti all'estero, dal 2010 al 2014, è generalizzato in tutte le regioni, sia per quanto riguarda il regime ordinario che quello diurno, con l'unica eccezione della Basilicata che passa da 3 dimissioni di residenti all'estero in età pediatrica in regime diurno nel 2010 ad 1 dimissione nel 2014.

Una trattazione più approfondita consentirebbe anche di stabilire l'esatta provenienza geografica dei residenti all'estero e quindi se di provenienza da Paesi dell'Unione Europea o extra Europea. Per un'analisi di questo tipo si rimanda a trattazioni specifiche sull'argomento.

**Tabella 1** - Dimissioni (valori assoluti e valori percentuali) in mobilità ospedaliera interregionale in età pediatrica in regime di Ricovero Ordinario per acuti per attrazione, fuga, saldo e residenti all'estero e per regione - Anni 2010, 2014

Regioni	2010						2014					
	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero
	Dimessi	%	Dimessi	%			Dimessi	%	Dimessi	%		
Piemonte	1.941	4,3	3.958	8,5	-2.017	57	1.862	4,8	3.434	8,5	-1.572	450
Valle d'Aosta	83	7,5	435	29,9	-352	13	99	8,4	389	26,4	-290	26
Lombardia	7.984	5,8	5.848	4,3	2.136	108	7.042	6,5	4.957	4,7	2.085	1.436
Bolzano-Bozen	547	8,2	392	6,0	155	37	384	6,8	381	6,7	3	246
Trento	345	7,9	951	19,0	-606	39	290	8,2	839	20,5	-549	98
Veneto	3.645	8,7	3.420	8,2	225	68	2.751	8,0	3.121	8,9	-370	669
Friuli Venezia Giulia	1.388	15,3	925	10,7	463	44	1.258	15,5	814	10,6	444	199
Liguria	7.171	33,6	1.543	9,8	5.628	59	5.373	30,7	1.573	11,5	3.800	583
Emilia-Romagna	7.952	15,3	3.585	7,5	4.367	78	7.363	15,8	3.108	7,4	4.255	761
Toscana	6.233	15,9	2.487	7,0	3.746	80	6.100	18,7	2.094	7,3	4.006	907
Umbria	1.457	13,6	1.789	16,2	-332	26	1.384	15,7	1.709	18,8	-325	139
Marche	2.046	11,8	2.187	12,5	-141	1	1.643	11,4	2.090	14,1	-447	75
Lazio	9.584	12,6	4.279	6,1	5.305	100	9.841	14,0	3.918	6,1	5.923	946
Abruzzo	1.480	8,1	3.160	15,9	-1.680	33	1.202	7,7	2.891	16,7	-1.689	70
Molise	648	18,6	1.094	27,8	-446	10	587	19,8	1.040	30,4	-453	15
Campania	2.057	2,6	7.374	8,6	-5.317	67	1.770	2,8	6.543	9,6	-4.773	638
Puglia	2.839	4,0	5.426	7,3	-2.587	58	2.464	4,2	4.843	8,0	-2.379	1.009
Basilicata	753	13,9	1.796	27,9	-1.043	14	847	17,8	1.577	28,7	-730	25
Calabria	948	3,8	4.580	16,0	-3.632	29	667	3,6	4.237	19,3	-3.570	232
Sicilia	1.940	2,4	5.130	6,0	-3.190	42	1.567	2,8	4.162	7,0	-2.595	595
Sardegna	737	3,5	1.419	6,6	-682	37	473	2,8	1.247	7,0	-774	203

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 2** - Dimissioni (valori assoluti e valori percentuali) in mobilità ospedaliera interregionale in età pediatrica in regime diurno per acuti per attrazione, fuga, saldo e residenti all'estero e per regione - Anni 2010, 2014

Regioni	2010						2014					
	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero
	Dimessi	%	Dimessi	%			Dimessi	%	Dimessi	%		
Piemonte	543	4,1	2.446	16,0	-1.903	22	424	4,3	2.095	18,3	-1.671	144
Valle d'Aosta	3	1,2	239	48,2	-236	0	17	5,4	222	42,6	-205	3
Lombardia	3.370	9,5	2.751	7,9	619	54	2.670	10,5	2.767	10,8	-97	568
Bolzano-Bozen	203	6,2	109	3,4	94	8	105	4,4	123	5,1	-18	12
Trento	183	7,1	676	22,0	-493	13	116	4,3	541	17,3	-425	13
Veneto	1.800	9,6	1.855	9,8	-55	21	1.745	10,2	2.017	11,7	-272	139
Friuli Venezia Giulia	885	16,8	423	8,8	462	32	1.056	21,2	489	11,1	567	85
Liguria	6.009	31,0	722	5,1	5.287	42	5.568	35,9	718	6,7	4.850	280
Emilia-Romagna	3.144	20,3	1.903	13,4	1.241	30	2.813	19,0	2.035	14,5	778	215
Toscana	4.605	15,6	1.687	6,4	2.918	41	5.878	20,2	1.423	5,8	4.455	284
Umbria	389	12,9	2.629	50,0	-2.240	5	131	7,9	2.498	62,1	-2.367	37
Marche	848	11,7	1.428	18,2	-580	1	577	10,3	1.551	23,5	-974	19
Lazio	19.145	19,9	1.870	2,4	17.275	55	17.478	21,1	1.539	2,3	15.939	385
Abruzzo	739	11,2	3.332	36,3	-2.593	4	707	12,2	3.021	37,3	-2.314	5
Molise	148	11,8	1.320	54,3	-1.172	0	98	13,1	1.025	61,2	-927	2
Campania	977	1,8	7.395	12,4	-6.418	31	852	2,0	6.527	13,3	-5.675	168
Puglia	563	2,4	4.450	16,2	-3.887	13	421	2,5	3.951	19,6	-3.530	105
Basilicata	489	14,7	1.559	35,5	-1.070	3	212	14,5	1.339	51,8	-1.127	1
Calabria	207	1,9	4.655	30,2	-4.448	5	166	2,0	3.564	30,2	-3.398	14
Sicilia	1.137	2,9	2.946	7,1	-1.809	12	404	2,6	3.001	16,4	-2.597	47
Sardegna	40	0,6	1.032	13,1	-992	8	24	0,4	1.016	15,3	-992	24

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

***Raccomandazioni di Osservasalute***

La mobilità sanitaria rappresenta un fenomeno alquanto rilevante in termini quantitativi ed un aspetto di interesse nella programmazione sanitaria regionale e nazionale. Una valutazione della sua entità costituisce un indicatore dei Livelli Essenziali di Assistenza che le regioni sono tenute ad assicurare e un possibile indicatore di ineguaglianze nell'accesso ai servizi.

La mobilità passiva, in particolare, può costituire un

costo rilevante per le regioni. Pertanto, è importante che ciascuna regione valuti attentamente i motivi che spingono i pazienti, in età pediatrica, a cercare prestazioni di assistenza ospedaliera al di fuori di quella propria di residenza. Un'analisi attenta può essere di stimolo ad avviare azioni migliorative sulla qualità delle prestazioni ospedaliere erogate nel proprio ambito territoriale.

## Complessità dei ricoveri in età pediatrica ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni

**Significato.** La degenza media rappresenta il più semplice ed immediato indicatore di analisi di efficienza dell'attività di ricovero ospedaliero, ma risente dell'effetto confondente di una diversa composizione e complessità della casistica osservata per ciascun erogatore di prestazioni ospedaliere in regime di ricovero. Per ovviare a tale problema, la degenza viene standardizzata per *case-mix* ed il risultato della standardizzazione è la degenza media che si ossere-

$$dm\_std_R = \frac{\sum_{i \in DRG} \frac{gg\_deg_{i,R}}{dim_{i,R}} \cdot dim_{i,N}}{\sum_{i \in DRG} dim_{i,N}}$$

*Significato delle variabili:*  $gg\_deg_{i,R}$  = numero di giornate di degenza;  $dim_{i,R}$  = numero di dimissioni da reparti per acuti in regime di Ricovero Ordinario per l'*i*-esimo DRG nella regione *R*;  $dim_{i,N}$  = numero di dimissioni per l'*i*-esimo DRG della casistica standard, ossia quella osservata a livello nazionale.

L'Indice Comparativo di *Performance* (ICP) e l'Indice di *Case-Mix* (ICM) forniscono ulteriori indicazioni per una valutazione della complessità e dell'efficienza degli erogatori, in particolar modo se i suddetti indicatori sono letti congiuntamente.

L'ICP viene calcolato come rapporto fra la degenza media standardizzata per *case-mix* di un dato erogatore e la degenza media dello standard di riferimento.

Pertanto, l'ICP consente di misurare e confrontare l'efficienza dei diversi erogatori rispetto allo standard considerato. Valori dell'indicatore al di sopra dell'unità indicano una efficienza inferiore rispetto allo standard di riferimento, poiché la degenza media, depurata dagli effetti confondenti, è più lunga della degenza media di confronto. Valori inferiori all'unità rispecchiano una

rebbe se la casistica trattata, ad esempio in una struttura di ricovero o nelle strutture di ricovero di una regione, fosse analoga, per composizione e complessità, ad un dato standard di riferimento che può, ad esempio, coincidere con la casistica complessivamente osservata a livello nazionale.

Limitandoci all'attività per acuti, la degenza media standardizzata per *case-mix* viene calcolata applicando la seguente formula:

efficienza superiore rispetto allo standard di riferimento, poiché la degenza media standardizzata è più breve della degenza media dello standard di riferimento.

L'ICM, invece, offre uno strumento di confronto per la diversa complessità della casistica trattata, ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero rilevato per un certo erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard rilevata complessivamente a livello nazionale. In questo caso, valori dell'indice superiori all'unità indicano una casistica con complessità maggiore rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una casistica con complessità inferiore.

Il peso medio del ricovero viene calcolato applicando la seguente formula:

$$pm_R = \frac{\sum_{i \in DRG} p_i \cdot dim_{i,R}}{\sum_{i \in DRG} dim_{i,R}}$$

*Significato delle variabili:*  $p_i$  = peso relativo dell'*i*-esimo DRG;  $dim_{i,R}$  = numero di dimissioni da reparti per acuti in regime di Ricovero Ordinario per l'*i*-esimo DRG nella regione *R*.

Si evidenzia, a tal proposito, che i pesi per ciascun DRG, costituiscono il sistema di pesi relativi per la 24ª versione del sistema DRG, indicato con il DM 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere". Il peso relativo del DRG fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG: maggiore è il peso del ricovero, più elevato è il carico assistenziale della corrispondente casistica. Conseguentemente, il peso relativo può essere

impiegato come indicatore *proxy* della complessità del ricovero, in base all'ipotesi di correlazione positiva fra complessità clinica e consumo di risorse.

La lettura congiunta dell'ICM e dell'ICP, su un grafico a quattro quadranti, risulta particolarmente significativa. Si riportano sull'asse delle ascisse i valori dell'ICM e sull'asse delle ordinate i valori dell'ICP. I due quadranti superiori (ICP >1) sono caratterizzati da una degenza media standardizzata superiore allo standard di riferimento ed i due quadranti a destra (ICM >1) individuano una maggiore complessità della casistica rispetto allo standard di riferimento.

**Validità e limiti.** Nell'ambito dell'analisi sull'attività ospedaliera per pazienti in età pediatrica (0-17 anni) è stata considerata la complessità ed efficienza delle prestazioni erogate in regime di RO da reparti per acuti, limitatamente alle strutture pubbliche e private accreditate. La Tabella 1 riporta un confronto degli ICM e degli ICP, per regione di ricovero, relativi al 2010 e 2014. Le rappresentazioni grafiche sono riportate, rispettivamente, nel Grafico 1 e 2.

Inoltre, considerato il numero esiguo di strutture ospedaliere pediatriche o che svolgono un'attività prevalentemente pediatrica, il cui elenco è fornito dalla Tabella 6.2, sono stati calcolati gli ICM e gli ICP per ciascuna di queste strutture ospedaliere. Il Grafico 3 e 4 forniscono un confronto dei suddetti indici per ciascuna struttura, sulle dimissioni in regime ordinario da reparti per acuti negli anni 2010 e 2014.

**Valore di riferimento/Benchmark.** L'Accordo Stato-Regioni per il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, introduce indicatori e standard di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfazione dei bisogni dei cittadini, oltre a garantire un maggiore controllo della spesa. Detti indicatori e standard non si limitano alle prestazioni ospedaliere erogate verso pazienti in età pediatrica ma, in generale, riguardano l'appropriatezza organizzativa dei reparti. Tuttavia, è in questo ambito che l'Accordo individua prestazioni ospedaliere che si effettuano sui pazienti in età pediatrica, ritenute di bassa complessità e che sarebbe più appropriato effettuare in regime di ricovero diurno anziché ordinario.

#### **Descrizione dei risultati**

Nel quadrante inferiore destro (ICM >1, ICP <1) si collocano gli erogatori che appaiono di alta efficienza, caratterizzati da una casistica ad alta complessità ed una degenza media più breve rispetto allo standard di riferimento.

Nel quadrante superiore destro (ICM >1, ICP >1) si collocano gli erogatori con degenze medie di durata superiore a quella standard di riferimento, ma che può essere giustificata dalla maggiore complessità della casistica. Pertanto, la più lunga durata della degenza può non essere imputabile solo ad inefficienze organizzative.

Si evidenzia, nei suddetti quadranti, la più alta complessità della casistica trattata in Liguria e Veneto nel quinquennio esaminato. Inoltre, per le stesse regioni si rileva una riduzione della degenza media, con valori prossimi allo standard e con conseguente incremento dell'efficienza.

Nel quadrante inferiore sinistro (ICM <1, ICP <1) si definisce l'area caratterizzata da minore degenza media rispetto allo standard, che appare non dovuta ad alta efficienza organizzativa ma ad una casistica meno complessa di quella standard di riferimento.

Infine, nel quadrante superiore sinistro (ICM <1, ICP >1) si collocano gli erogatori con durata della degenza media più alta, sebbene la casistica presenti una complessità più bassa rispetto allo standard. In questo caso è, forse, possibile che possa esserci una qualche inefficienza organizzativa.

Nei quadranti di sinistra si evidenziano la Sardegna e l'Abruzzo con minore complessità della casistica trattata nel periodo osservato e la Basilicata con una drastica riduzione della stessa nel 2014.

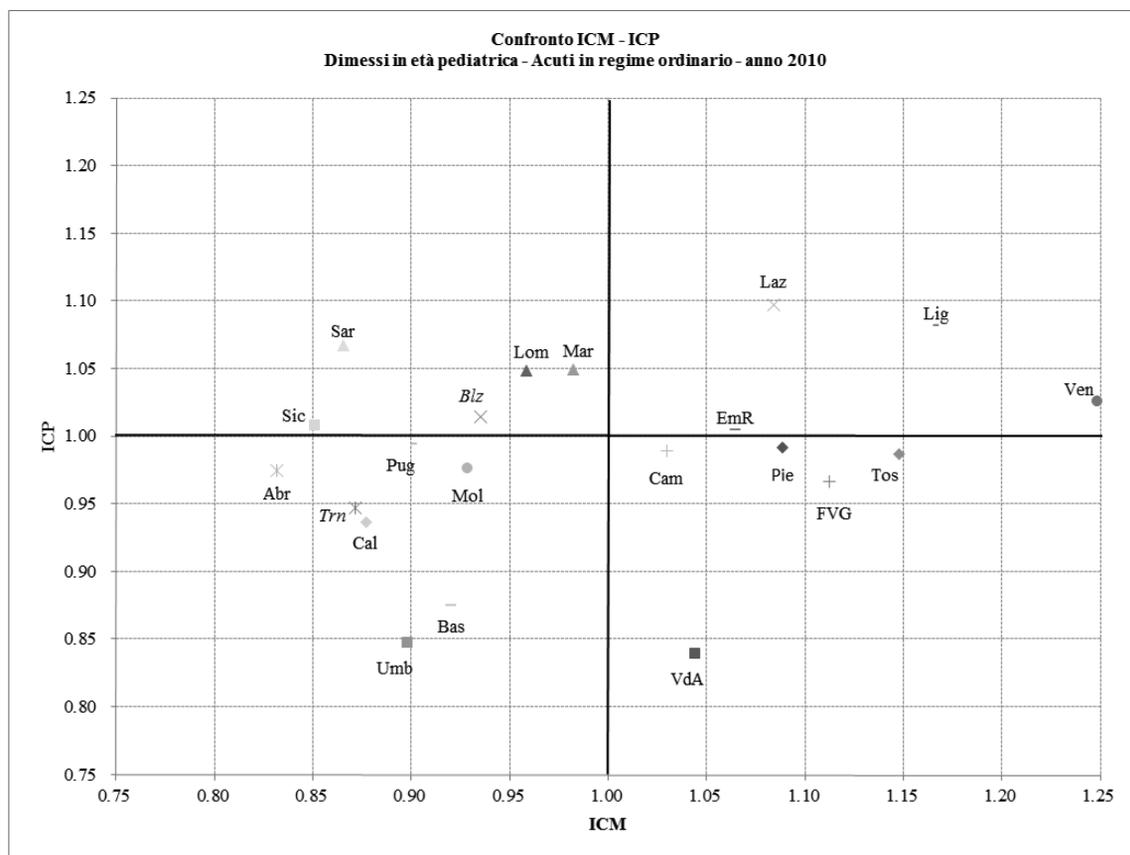
Ulteriori cautele si devono adottare nell'interpretare la rappresentazione di questi indicatori quando assumono valori molto prossimi all'unità.

L'analoga rappresentazione per le singole strutture con attività esclusivamente pediatrica evidenzia, nel 2010 e 2014, la maggiore complessità della casistica trattata presso l'Ospedale Pausilipon di Napoli. Nel 2014, anche la "Fondazione Monza e Brianza per il bambino" registra un incremento considerevole della complessità.

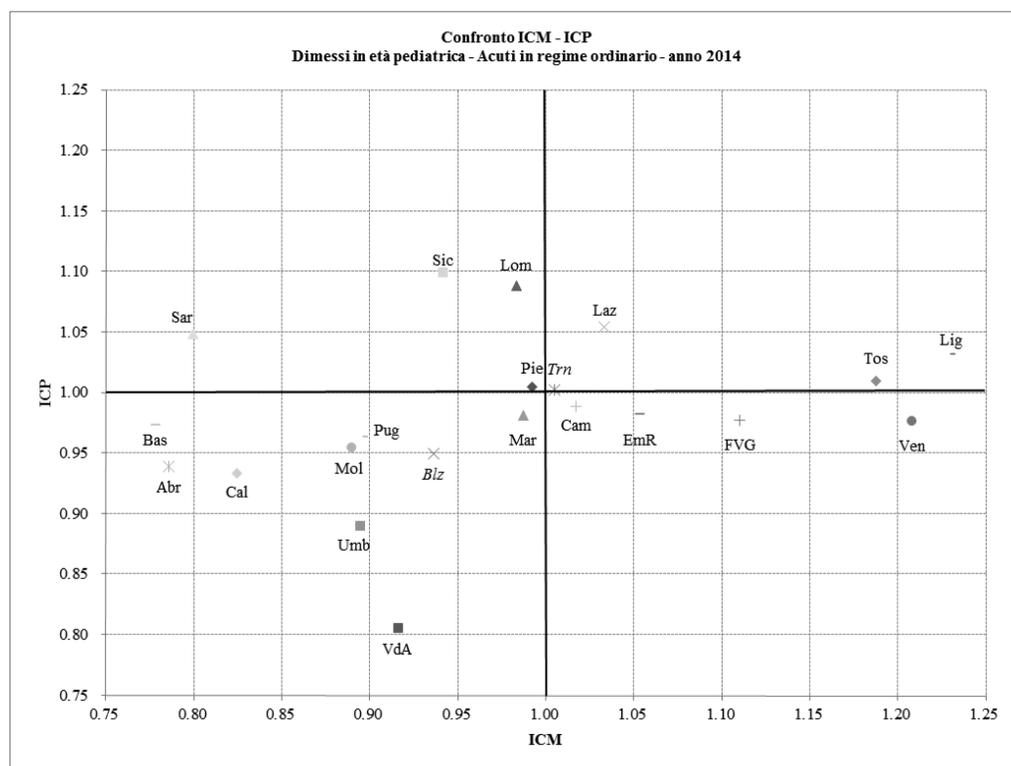
**Tabella 1** - Dimissioni ospedaliere in età pediatrica: Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anni 2010, 2014

Regioni	2010		2014	
	ICM	ICP	ICM	ICP
Piemonte	1,089	0,991	0,992	1,005
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,044	0,839	0,916	0,805
Lombardia	0,959	1,048	0,983	1,088
Bolzano-Bozen	0,935	1,014	0,936	0,950
Trento	0,872	0,947	1,005	1,002
Veneto	1,249	1,026	1,208	0,976
Friuli Venezia Giulia	1,113	0,967	1,110	0,977
Liguria	1,165	1,082	1,230	1,031
Emilia-Romagna	1,065	1,004	1,054	0,981
Toscana	1,148	0,987	1,188	1,010
Umbria	0,898	0,847	0,895	0,889
Marche	0,982	1,049	0,987	0,981
Lazio	1,084	1,097	1,033	1,054
Abruzzo	0,832	0,975	0,786	0,939
Molise	0,929	0,976	0,890	0,954
Campania	1,030	0,989	1,017	0,988
Puglia	0,900	0,994	0,896	0,963
Basilicata	0,920	0,875	0,778	0,973
Calabria	0,877	0,937	0,825	0,933
Sicilia	0,851	1,008	0,942	1,099
Sardegna	0,865	1,067	0,800	1,048
<b>Italia</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Grafico 1** - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per regione - Anno 2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Grafico 2** - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per regione - Anno 2014

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

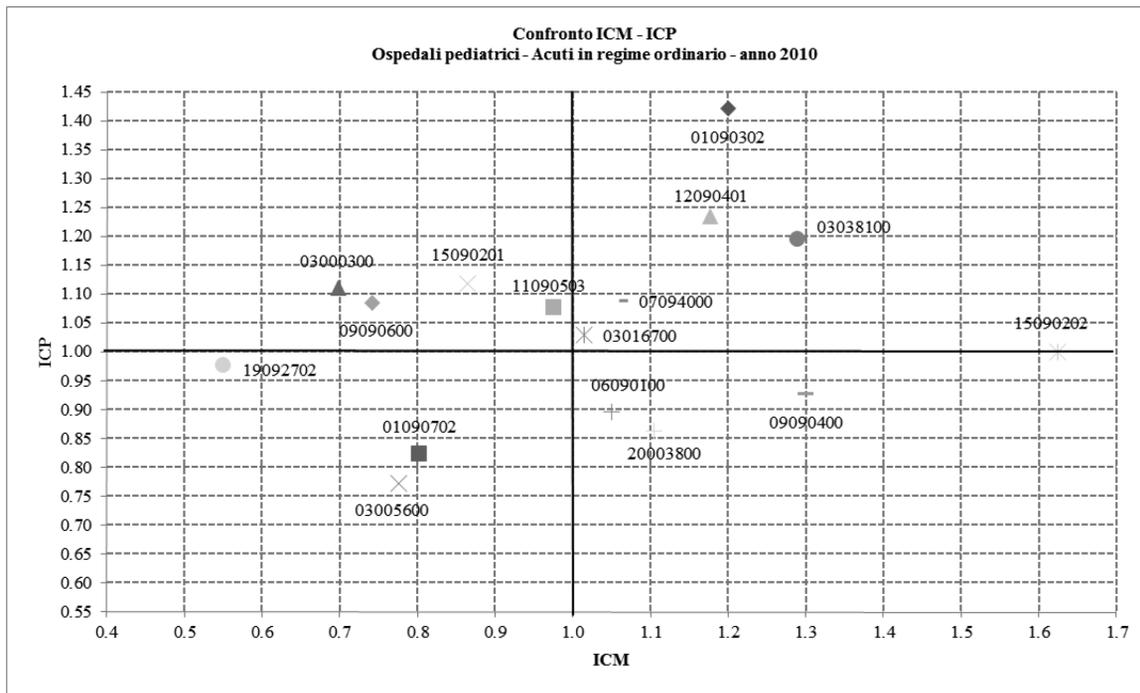
**Tabella 2** - Strutture ospedaliere pediatriche

Codice	Denominazione dell'ospedale
01090302*	Ospedale infantile Regina Margherita - Torino (TO)
01090907**	Ospedale infantile C. Arrigo - Alessandria (AL)
1090702	Ospedale F. Del Ponte - Varese (VA)
3000300	Ospedale dei bambini V. Buzzi - Milano (MI)
3005600	Ospedale dei bambini V. Buzzi - Milano (MI)
3016700	Ospedale dei bambini Umberto I - Brescia (BS)
3038100	Fondazione Monza e Brianza per il bambino - Monza (MI)
6090100	IRCCS Burlo Garofolo - Trieste (TS)
7094000	Istituto G. Gaslini - Genova (GE)
9090400	Azienda Ospedaliera Meyer - Firenze (FI)
9090600	Fondazione Stella Maris - Calambrone (PI)
11090503	Presidio Ospedaliero G. Salesi - Ancona (AN)
12090401	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Roma (RM)
15090201	Ospedale Santobono - Napoli (NA)
15090202	Ospedale Pausilipon - Napoli (NA)
15090203	Ss Annunziata Na Est - Napoli (NA)
16090702	Giovanni XXIII - Bari (BA)
19092702	Ospedale dei bambini G. di Cristina - Palermo (PA)
20003800	Ospedale Microcitemico - Cagliari (CA)

\*Codice struttura 2010.

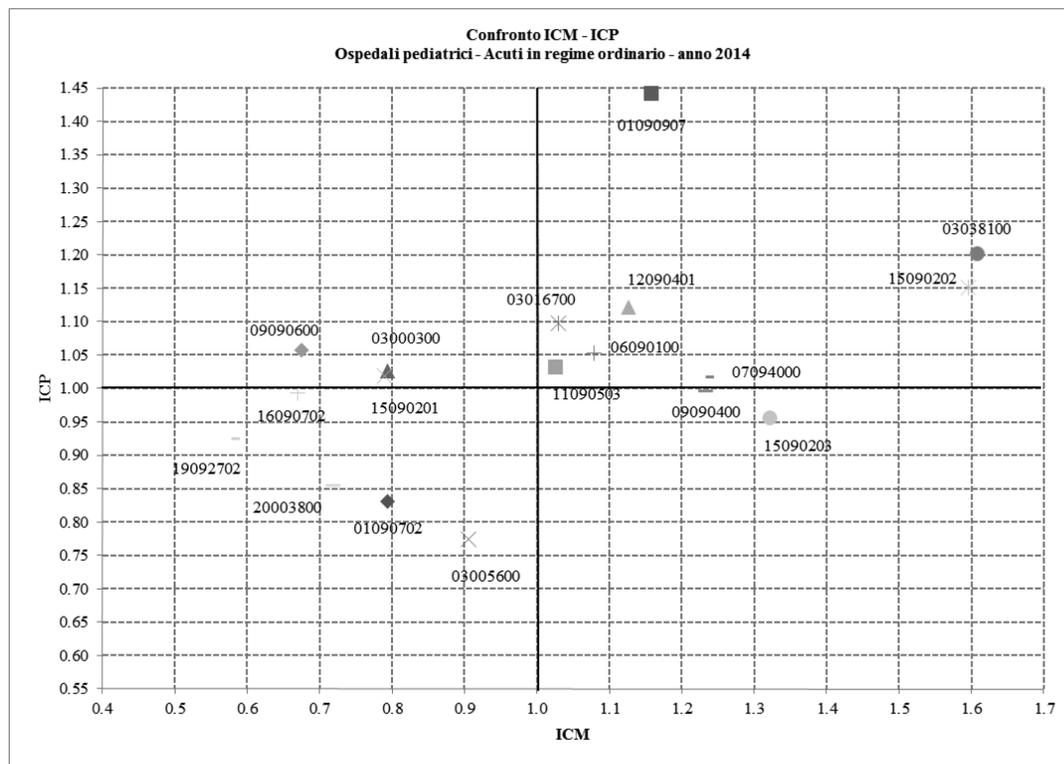
\*\*Codice struttura 2014.

**Grafico 3** - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per gli ospedali pediatrici - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Grafico 4** - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per gli ospedali pediatrici - Anno 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

459

### ***Raccomandazioni di Osservasalute***

Le rappresentazioni sopra descritte di lettura congiunta della complessità e dell'efficienza ospedaliera sono, ovviamente, descrizioni sintetiche, ma possono essere

di ausilio per i decisori locali sia per perfezionare i modelli logistico-organizzativi che per coniugare al meglio complessità, efficienza ed economicità dell'assistenza.

## Riorganizzazione dei sistemi ospedalieri regionali in base al DM n. 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”

Dott. Gianni Pieroni, Dott. Giuseppe Franchino

Nel giugno scorso è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale l’atteso Regolamento sugli standard ospedalieri, anticipato e previsto dalla *Spending Review* del 2012 (art. 15 della Legge n. 135 /2012). Il Regolamento è stato elaborato dalla Commissione di esperti prevista dalla Legge n. 112/2002 con il supporto tecnico dell’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari (Agenas) sulla base di indicatori e standard desunti da molteplici fonti di società scientifiche ed organismi internazionali. Nel suo lungo *iter* è stato oggetto di un serrato confronto tra Governo e Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome (1). Il risultato è un documento ricco di riferimenti, complesso, che abbraccia le diverse dimensioni dell’organizzazione ospedaliera, dagli standard di struttura a quelli qualitativi, di sicurezza ed appropriato utilizzo delle risorse, spaziando sulle tematiche complementari dell’assistenza territoriale. Il Regolamento si propone di indicare le condizioni necessarie per garantire adeguatezza delle strutture e Livelli di Assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, con l’obiettivo dichiarato di dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti della transizione epidemiologica, demografica e sociale che, negli ultimi decenni, hanno modificato il quadro di riferimento del nostro e dei sistemi sanitari più avanzati.

Di seguito si riporta un’illustrazione sintetica dei principali contenuti del Regolamento:

1 - *Posti letto e ospedalizzazione*. Sono confermati gli standard previsti dalla Legge n. 135/2012 relativi al tasso di ospedalizzazione e dotazione di posti letto (PL), nei termini di un tasso pari a 160,0 per 1.000 abitanti, di cui il 25% riferito ai ricoveri diurni, ed un tasso di PL di 3,7 per 1.000 abitanti, di cui 3,0 e 0,7 per 1.000, rispettivamente, per acuti e per riabilitazione/lungodegenza. La dotazione standard di PL pubblici e privati accreditati dai singoli Servizi Sanitari Regionali potrà essere corretta, in incremento o decremento, in funzione della mobilità sanitaria secondo predefinite modalità di calcolo che tengono conto oltre che dei flussi di mobilità anche di parametri relativi al costo medio per PL. Il Regolamento fornisce indicazioni esplicite anche per le tipologie di PL da ammettere o escludere dal calcolo della dotazione standard (ad esempio PL residenziali delle strutture territoriali, cure palliative, stati vegetativi etc.);

2 - *Classificazione degli ospedali*. La rete dei Presidi ospedalieri che assicurano ricoveri per pazienti acuti, a ciclo continuativo e diurno e secondo il modello per complessità ed intensità di cura, è declinata secondo tre livelli gerarchici a complessità crescente: Presidi ospedalieri di base, con un bacino di utenza tra gli 80.000 ed i 150 mila abitanti; di I livello tra i 150 mila ed i 300 mila abitanti e di II livello tra i 600 mila e 1 milione e 200 mila abitanti. I Presidi ospedalieri di II livello sono riferibili alle Aziende Ospedaliere (AO) e alle AO Universitarie, ad alcuni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ed ai Presidi di grandi dimensioni delle Aziende Sanitarie Locali. Per le regioni con meno di 600 mila abitanti la presenza di Presidi di II livello è subordinata alla stipula di accordi con le Regioni confinanti, al fine di garantire il valore soglia del bacino di utenza indicato.

Per le strutture private è prevista una soglia minima di accreditamento pari a 60 PL per acuti, ad eccezione delle strutture monospécialistiche per le quali la valutazione viene demandata alle singole Regioni secondo criteri e modalità da definire in sede di Conferenza Stato-Regioni. Per le strutture con meno di 60 PL già accreditate, le Regioni dovranno prevedere e favorire percorsi di riconversione e/o di fusione in modo tale da poter rispettare i requisiti richiesti entro il 2016 e la loro piena operatività dal 2017;

3 - *Standard per disciplina*. Il Regolamento individua il bacino di utenza minimo e massimo entro cui ogni singola disciplina o specialità clinica deve essere presente, come struttura di degenza o servizio senza PL. Il calcolo del bacino di utenza considera il tasso di PL e il tasso di ospedalizzazione già richiamati, un indice di occupazione attestato su valori del 90% ed una degenza media <7 giorni. I bacini di utenza indicati per ogni disciplina sono compresi in un *range* che va da 150-300 mila abitanti per le discipline ad ampia diffusione territoriale ed un *range* tra i 4-6 milioni di abitanti per le discipline ad elevata specializzazione, per le quali la concentrazione dei volumi rappresenta un presupposto per offrire, in modo efficiente, prestazioni di buona qualità, efficaci e sicure.

Il dimensionamento delle diverse discipline, in dipendenza del bacino di utenza, è stabilito sulla base del *mix* di patologie normalmente trattate dalla disciplina, del quadro epidemiologico, dei tassi di ospedalizzazione delle Regioni con migliori *performance* e della numerosità minima di casi e della dotazione di PL necessaria per prevedere una funzione di Direzione di Struttura Complessa (17,5 PL secondo il Comitato dei Livelli Essenziali di Assistenza), oltre che in riferimento all’articolazione dei Presidi ospedalieri nella rete dell’emergenza-urgenza ed all’assetto dei servizi della rete territoriale.

La variabilità dei bacini di utenza è stata prevista anche in funzione dell'evenienza che le Regioni abbiano già strutturato una adeguata ed appropriata rete di strutture, di eventuali specificità presenti nei diversi ambiti regionali, della diversa conformazione dei territori e dell'accessibilità ai servizi, in questo caso da valutare anche con metodi di georefertazione sui tempi di percorrenza dei cittadini per raggiungere i servizi di riferimento. Le Regioni potranno, pertanto, utilizzare i bacini minimi in presenza di territori a bassa densità abitativa e quelli massimi nel caso opposto;

4 - *Soglie minime per volumi ed esiti*. In relazione alla riconversione della rete ospedaliera ed all'esigenza di assicurare l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia e sicurezza e tenendo conto anche degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture, sono state individuate delle soglie minime di volumi di attività e soglie di rischio di esito che se non rispettate determinano il non riconoscimento dei requisiti di accreditamento specifici. Attraverso un'analisi della letteratura scientifica, sono state identificate le attività per le quali sono disponibili prove di associazione tra volumi e migliori esiti delle cure:

- Chirurgia delle neoplasie di Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica;
- Procedure chirurgiche di Colecistectomia, Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artoplastica ginocchio e anca e Frattura di femore;
- Processi e percorsi diagnostico-terapeutici in ambito di Terapia Intensiva Neonatale e Maternità ed Infarto del miocardio.

Al momento, l'attuale unità di riferimento delle soglie minime per le attività chirurgiche indicate nei primi due punti è la Struttura Complessa (SC), ma è previsto che in futuro, in relazione al previsto adeguamento della Scheda di Dimissione Ospedaliera, si possano considerare i volumi riferiti ai singoli operatori. Le unità di riferimento delle attività sono i singoli Istituti di Cura. Per le attività ospedaliere per le quali la letteratura scientifica non consente di identificare, in modo univoco, volumi ottimali di riferimento, le soglie minime possono essere individuate e scelte anche sulla base di criteri di costo efficacia ed in rapporto con specifici fabbisogni locali.

Il DM prevede che le soglie di attività e di rischio specifiche, già indicate dal provvedimento, siano da applicare a tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati e che entro 6 mesi le stesse siano ulteriormente definite ed integrate e, quindi, periodicamente aggiornate sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili da un tavolo tecnico formato da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenas, delle Regioni e delle PA. Allo stesso tempo, le Regioni devono identificare le azioni, le strutture, le modalità ed i tempi di attuazione di eventuali interventi di riconversione;

5 - *Standard di qualità e governo clinico*. Gli attuali requisiti di autorizzazione e di accreditamento dovranno essere applicati ed, eventualmente, integrati secondo il modello di governo clinico (*Clinical Governance*) tenendo conto di specifiche indicazioni. In particolare, per tutti i Presidi ospedalieri lo standard di qualità è identificato con la documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività riferibili alla gestione del rischio clinico, alla medicina basata sulle evidenze, alla valutazione delle tecnologie sanitarie, alla valutazione ed al miglioramento continuo delle attività cliniche, alla documentazione sanitaria, alla comunicazione ed al coinvolgimento del cittadino/paziente ed alla formazione continua del personale. Le strutture di II livello svolgono anche un ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere agli altri Presidi;

6 e 7 - *Standard organizzativi, strutturali e tecnologici*. Il Regolamento, oltre a fissare il tetto massimo del 7% di personale amministrativo sul totale del personale del Presidio ospedaliero, sancisce l'obbligo di assicurare, attraverso controlli periodici in diversi ambiti, il rispetto delle normative e delle Linee Guida nazionali e regionali finalizzate a garantire la qualità e la sicurezza delle strutture. Si va dalla protezione antisismica ed antincendio al monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza delle attrezzature biomedicali e degli impianti tecnici, dal rispetto della *privacy*, sia per gli aspetti amministrativi che sanitari, alla sostenibilità ambientale. Un cenno è riservato all'esigenza di promuovere una completa informatizzazione delle procedure e dei servizi e (7) di aggiornare gli standard definiti per le Alte Specialità dal DM 29 gennaio 1992;

8 - *Reti Ospedaliere*. Un ampio Capitolo, che non può essere illustrato in tutti i suoi molteplici aspetti in questa sede, è dedicato all'articolazione delle Reti per Patologia. Nell'impianto del provvedimento le reti integrano l'ambito delle attività ospedaliere per acuti e *post*-acuti con il contesto territoriale. Vengono individuate dieci reti dedicate alle grandi patologie, dall'infarto all'ictus, ma anche per le malattie rare, l'oncologia e la pediatria. Riferimenti precisi e dettagliati sono riservati alle reti ospedaliere "tempo dipendenti", ovvero laddove il fattore tempo è fondamentale per ottimizzare la risposta terapeutica ed il buon esito degli interventi, attraverso una forte integrazione ed interconnessione tra il sistema di emergenza territoriale e la rete di ospedali a diversa complessità. Ne sono state individuate tre: quella per le Emergenze Cardiologiche, quella per l'Ictus (articolata su due livelli di *Stroke Unit*) e quella per i Traumi che identifica anche gli standard dei Centri del Sistema Integrato per l'Assistenza ai Traumi;

9 - *Rete dell'emergenza-urgenza*. Il sistema dell'emergenza integra le attività delle Centrali Operative, della rete territoriale di soccorso e della rete ospedaliera. Per ognuno di questi sistemi il Regolamento individua gli ambiti territoriali di generale riferimento, sia per bacini di utenza che per tipologia geografica del sito, fino alla definizione degli standard organizzativi e di funzionamento dei Punti di Primo Intervento, dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza Accettazione di I livello "Spoke" e di II livello "Hub". Sono fornite specifiche indicazioni anche per le sedi ospedaliere in zone particolarmente disagiate e per le interrelazioni della rete dell'emergenza con il servizio di Continuità Assistenziale;

10 - *Continuità ospedale-territorio*. Nella parte finale il documento si sofferma, brevemente, sul tema della continuità ospedale-territorio, riaffermando l'esigenza del potenziamento delle strutture territoriali ed il ruolo centrale dell'integrazione/interazione funzionale tra le strutture dei due ambiti nel regolamentare i flussi, sia in entrata che in uscita dall'ospedale. A tal proposito, sono richiamate sia la funzione di "filtro" che svolgono le strutture territoriali per il contenimento dei ricoveri inappropriati, sia l'importanza di un collegamento organizzato tra il sistema ospedale ed una Centrale della Continuità in grado di assicurare la dimissione protetta e la presa in carico *post-ricovero*. Allo stesso tempo, si prevede la promozione della Medicina di Iniziativa quale modello assistenziale orientato alla promozione della salute e ad una gestione attiva della cronicità.

Le Regioni dovranno, pertanto, procedere, contestualmente alla ridefinizione della rete ospedaliera, al riassetto dell'assistenza primaria, di quella domiciliare e di quella residenziale. In tal senso, il Regolamento fornisce indicazioni sulle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità, strutture di 15-20 PL che assicurano interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che, per impedimenti logistici o familiari, necessitano del ricovero e di sorveglianza infermieristica continuativa. L'ospedale di Comunità può essere attivato presso ospedali riconvertiti e/o strutture residenziali, è gestito da personale infermieristico, l'assistenza medica è assicurata da Medici di Medicina Generale o Pediatri o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La responsabilità organizzativa e gestionale della struttura fa capo al Distretto.

In Appendice, il Regolamento fornisce i criteri per l'individuazione univoca dei PL ordinari ospedalieri (Appendice 1) e propone un articolato quadro di riferimento relativamente agli standard strutturali, organizzativi, tecnologici e qualitativi della Chirurgia ambulatoriale (Appendice 2).

### Commento

Il Regolamento sui nuovi standard di assistenza ospedaliera ha suscitato, sin dal suo nascere e durante la sua non breve gestazione, un vasto interesse tra una pluralità di attori ed addetti ai lavori: politici, manager, forze sociali, medici e professionisti sanitari. Il documento è stato oggetto di apprezzamenti, ma anche di valutazioni, osservazioni e critiche, a volte severe, spesso focalizzate su specifiche indicazioni regolatorie. Tra gli argomenti più dibattuti la riduzione dei PL, delle SC e la classificazione degli ospedali, con la prospettiva di una riconversione forzata dei più piccoli. In realtà, al di là di qualche giustificata osservazione, occorre rilevare che molte tematiche affrontate dal Regolamento toccano nel vivo la struttura dell'offerta, i modelli organizzativi, le relazioni con il contesto del nostro sistema ospedaliero e, quindi, mettono necessariamente in discussione ruoli, assetti e prassi consolidate. In questo senso è, forse, mancata da parte di molti un'interpretazione di insieme del provvedimento e della portata che potrà avere nel processo di rinnovamento del nostro sistema ospedaliero, avviato da tempo ma ancora lento a manifestarsi, specie in alcune aree del Paese. L'obiettivo primario del Regolamento è quello di rinnovare, ad ampio raggio, l'impianto del nostro sistema ospedaliero e non ci sono dubbi che, dopo un lungo periodo di provvedimenti parziali emanati attraverso una pluralità di atti normativi, il DM n. 70/2015 rappresenta uno degli atti di programmazione sanitaria, seppure rivolto al solo ambito ospedaliero, più importante degli ultimi anni (2).

La critica più ragionevole potrebbe essere che il DM sia arrivato con qualche ritardo rispetto alle positive esperienze già maturate in alcuni contesti e che la definizione tempestiva di un completo quadro di programmazione nazionale avrebbe in qualche misura potuto evitare alcune evidenti difformità nella struttura dell'offerta e nelle *performance* dei vari sistemi ospedalieri regionali. Peraltro, allo stato attuale, non sembra più possibile adottare in modo rigido ed uniforme gli standard del DM n. 70/2015 in tutte le Regioni. Molte di esse hanno già avviato processi di riorganizzazione in forte discontinuità con il passato ed in molti casi hanno anticipato e a volte superato, tramite diverse modalità, alcuni dei traguardi fissati dalle indicazioni contenute nel Regolamento.

In tal senso, premesso che le differenze di offerta e di *performance* tra il Nord ed il Sud del Paese costituiscono da tempo una costante del nostro SSN, l'esempio fornito dall'analisi delle dotazioni di PL e del tasso di ospedalizzazione nelle diverse aree geografiche è paradigmatico. Nel 2014, il tasso complessivo di PL, a livello nazionale, si attesta già al 3,63 per 1.000 abitanti, al di sotto, quindi, della soglia del 3,7 indicata dal DM n.

70/2015. Quasi tutte le regioni del Centro e del Nord hanno tassi superiori allo standard, ma allo stesso tempo presentano tassi di ospedalizzazione generalmente inferiori al valore di riferimento del 160,0 per 1.000. La situazione è del tutto opposta nella maggioranza delle regioni meridionali che presentano dotazioni di PL costantemente inferiori allo standard nazionale e tassi di ospedalizzazione nettamente superiori al 160,0 per 1.000.

Evidentemente, le regioni del Nord, pur in presenza di dotazioni di PL eccedenti lo standard, dimostrano di aver adottato misure efficaci per controllare, orientare e soddisfare la domanda in *setting* assistenziali alternativi all'ospedale, mentre la maggioranza delle regioni del Sud, carenti sul fronte delle dotazioni, non hanno ancora posto rimedio ad una combinazione di fattori negativi, quali l'eccesso di mobilità passiva, una elevata quota di inappropriatazza dei ricoveri e una adeguata differenziazione dei ruoli tra ospedale e territorio. La situazione appena descritta sembra, peraltro, contraddire, almeno in parte e per il nostro Paese, la validità della Legge di Roemer: "A built bed is a filled bed", ovvero in un sistema assicurativo con terzo pagante l'offerta di PL ospedalieri genera ed influenza la domanda (3).

È, pertanto, chiaro che ogni Regione dovrà dare attuazione al DM n. 70/2015 con provvedimenti mirati e calibrati sulla realtà esistente e per molte sarebbe riduttivo che l'obiettivo principale delle azioni da mettere in campo fosse orientato, unicamente, al mero raggiungimento degli standard previsti dal Regolamento. In un'ottica di programmazione che definisca le varie tappe del percorso ed i relativi tempi di attuazione, l'accento dovrà essere posto al complesso delle interrelazioni e dei fattori che, allo stato attuale, fanno la differenza tra un sistema ospedaliero moderno, snello, sostenibile ed efficace ed uno ancorato a logiche del passato, seppure recente.

In questo senso, deve essere letto anche il tema relativo alla classificazione degli ospedali, agli standard per disciplina e alle reti ospedaliere per patologia. Se per alcune realtà l'individuazione di determinati e più ampi bacini di utenza e la concentrazione delle SC può rappresentare un'effettiva occasione di razionalizzazione del sistema ospedaliero, per altre realtà questa operazione può risultare meno vantaggiosa. Laddove le Regioni abbiano già definito un assetto della rete ospedaliera funzionale agli obiettivi di efficienza e di efficacia ricercati attraverso una precedente programmazione centrata sull'integrazione in rete dei Presidi, sulla differenziazione delle competenze delle varie strutture, sull'assetto *Hub & Spoke* delle funzioni di rilievo regionale, sarebbe poco utile ricondurre la programmazione ad una mera classificazione dei singoli stabilimenti ospedalieri, ad una rigida definizione dei bacini di utenza e ad una matematica individuazione della quantità e della consistenza delle discipline presenti.

Un discorso diverso merita il tema del riassetto della struttura dell'offerta in funzione del rispetto delle soglie minime di attività per volumi ed esiti. È la prima volta che la normativa del nostro Paese fornisce indicazioni per una sistematica ed ampia riflessione in questo ambito di schietta natura organizzativa che deve coinvolgere nel merito ed a tutti gli effetti anche la componente professionale. Gli ultimi e recenti dati forniti dal Programma Nazionale Esiti di Agenas mettono in evidenza che, nel 2014, una quota molto rilevante delle strutture ospedaliere del nostro Paese, fino oltre i due terzi per alcune patologie, è al di sotto del numero minimo di ricoveri ed interventi ritenuti necessari, secondo le attuali evidenze scientifiche, a garantire cure di qualità e un buon esito dell'intervento (4). Peraltro, il Regolamento supera il parametro delle soglie per ospedale ed introduce, correttamente, le soglie per singola SC indicando come obiettivo futuro l'individuazione di parametri riferiti al singolo operatore.

È fuori di dubbio la difficoltà di affrontare il tema delle "soglie minime" in termini regolatori e normativi ed appare altrettanto impegnativo provvedere al loro periodico monitoraggio e aggiornamento. Tuttavia, questo obiettivo è importante per le organizzazioni e per i cittadini e ricco di prospettive in funzione del tema sempre più attuale di prevedere le progressioni di carriera ed i livelli retributivi dei professionisti ancora più centrate sulla valorizzazione delle competenze cliniche piuttosto che su quelle gestionali e manageriali. Un deciso orientamento, in tal senso, sgombrerebbe, peraltro, il campo dalle molte polemiche suscitate dal DM sulla prevista riduzione degli incarichi di direzione delle SC.

Gli ulteriori temi presi in considerazione dal Regolamento, dagli standard di qualità, organizzativi e strutturali ai requisiti delle reti di patologia e dell'emergenza e alla continuità ospedale-territorio, completano il quadro entro cui le Regioni dovranno realizzare il riordino della rete ospedaliera del nostro SSN. Anche in questi settori è prevedibile che, per raggiungere gli obiettivi di fondo posti dal DM, le Regioni non potranno individuare un percorso e piani di azione omogenei, unicamente rivolti alla formale adesione alle nuove norme. Le differenze delle politiche regionali degli ultimi anni impongono una significativa differenziazione degli interventi che ogni realtà regionale dovrà individuare ed attuare in funzione delle specifiche situazioni locali. Questo lavoro, se ben effettuato, può rappresentare una garanzia per una lettura non parcellizzata dei contenuti del DM ed un'occasione per riformulare l'impianto del futuro sistema ospedaliero in un'ottica che privilegi un'effettiva integrazione ed interconnessione tra le molteplici componenti del sistema. In questa logica è fondamentale agire in parallelo ed in modo strutturale anche sullo sviluppo dei servizi territoriali a cui il DM n. 70/2015 dedi-

ca solo qualche cenno, sottolineando, tuttavia, l'aspetto strategico che riveste una sua qualificazione per il buon esito dell'evoluzione e modernizzazione dei nostri ospedali.

In ultimo, merita un cenno la clausola di invarianza finanziaria richiamata dall'art. 2 del DM. Sebbene il Regolamento ponga tra gli obiettivi di fondo dell'intero provvedimento proprio la sostenibilità futura del nostro sistema ospedaliero, appare ottimistico e poco realistico ipotizzare, come già evidenziato in sede di esame preliminare del documento da parte dei magistrati del Consiglio di Stato, che il complessivo riordino della nostra rete ospedaliera ed il complementare potenziamento dei servizi territoriali, possa essere realizzato senza comportare un immediato onere a carico della finanza pubblica. Tale aspetto è, a nostro parere, tanto più vero quando le innovazioni riguardano gli ambiti strutturali e tecnologici che, necessariamente, comportano l'esigenza di consistenti investimenti iniziali seppure a fronte di successive e progressive economie.

#### **Riferimenti bibliografici**

- (1) DM 2 aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- (2) Righi L, Nante N, Geddes M. I nuovi Standard Ospedalieri. Salute internazionale, 13 luglio 2015.
- (3) Roemer MI. Hospitals and public health. Am j Public Health. 1959 Jul; 49 (7): 944-6.
- (4) Programma Nazionale Valutazione Esiti. Disponibile sul sito: [www.agenas.it/PNE](http://www.agenas.it/PNE).